



## Bijlagen

- ✓ GDT
- ✓ SEL
- ✓ Woonzorgdecreet

# GDT

# Inhoudsopgave

---

## GDT

- KB erkenning GDT

Koninklijk besluit tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging.

- Verordening 28 juli 2003

Verordening van 28 juli 2003 tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

- KB 14 mei 2003

Koninklijk besluit van 14 mei 2003 tot vaststelling van de verstrekkingen omschreven in artikel 34, eerste lid, 13°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

- KB 16 november 2005

Koninklijk besluit tot wijziging van het 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°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

- MB 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°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

- KB 27 maart 2012

Koninklijk besluit tot wijziging van het 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°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Het Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van de deelname aan overleg rond een psychiatrische patiënt, de organisatie en coördinatie van dit overleg en de functie van referentiepersoon.

**MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,  
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU**

**Koninklijk besluit tot vaststelling van de  
normen voor de bijzondere erkenning van  
geïntegreerde diensten voor thuisverzorging.**

**Albert II, Koning der Belgen,**

**Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen,**

**Onze Groet.**

Gelet op de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wet op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging, gewijzigd door de wet van 8 augustus 1980, het koninklijk besluit nr. 59 van 22 juli 1982 en de wet van 25 januari 1999, inzonderheid op Artikel 5, §1;

Gelet op het besluit van de Ministerraad van 21 december 2001 over het verzoek aan de Raad van State om advies te geven binnen een termijn van een maand;

Gelet op advies van de Raad van State, gegeven op 5 maart 2002, met toepassing van art. 84, 1<sup>e</sup> lid, 1 van de gecoördineerde wetten op de Raad van State

Gelet op het advies van de Inspectie van financiën,

Op de voordracht van Onze Minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu en van Onze Minister van Sociale Zaken en Pensioenen,

Hebben Wij besloten en beshuiten Wij:

**HOOFDSTUK I. Begripsomschrijvingen en  
algemene bepalingen.**

**Artikel 1.** Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder:

1° *geïntegreerde dienst voor thuisverzorging*: de gezondheidszorgvoorziening die, per zorgzone, het geheel van de patiëntenzorg versterkt

**MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE  
L'ENVIRONNEMENT**

**Arrêté royal fixant les normes pour  
l'agrément spécial des services intégrés de  
soins à domicile**

**Albert II, Roi des Belges,**

**A tous, présents et à venir,**

**Salut.**

Vu la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de soins, notamment l'article 5, § 1, modifiée par la loi du 8 août 1980, l'arrêté royal n° 59 du 22 juillet 1982 et la loi du 25 janvier 1999 ;

Vu la délibération du Conseil des ministres du 21 décembre 2001 sur la demande d'avis à donner par le Conseil d'Etat dans un délai ne dépassant pas un mois;

Vu l'avis du Conseil d'Etat, donné le 5 mars 2002, en application de l'article 84, 1er, 1, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Vu l'avis de l'Inspection des finances,

Sur la proposition de Notre Ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement et de Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**CHAPITRE I. Terminologie et dispositions  
générales**

**Article 1.** Pour l'application du présent arrêté, on entend par :

1° *service intégré de soins à domicile*: l'institution de soins de santé qui, dans une zone de soins, renforce l'ensemble des soins aux

ondermeer via praktische organisatie en ondersteuning van verstrekkingen in het kader van de thuisverzorging, waarbij de tussenkomst van beroepsbeoefenaars van verschillende disciplines vereist is;

2° *gezondheidszorgvoorziening*: de voorziening die gezondheidszorg verstrekt al dan niet geregeld krachtens de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 of de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wet op de ziekenhuizen en betreffende andere vormen van verzorging;

3° *zorgzone*: het geografisch gebied van één of meerdere gemeenten – of deel van een gemeente in de grote agglomeraties van Antwerpen, Charleroi, Gent en Luik - waarover de activiteit van de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging zich uitstrekt;

4° *beroepsbeoefenaar*: de beroepsbeoefenaar bedoeld in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen evenals een psycholoog werkzaam in de gezondheidszorg;

5° *zorgverlener*: zowel de beroepsbeoefenaar bedoeld in 4° als de gezondheidszorgvoorziening bedoeld in 2°;

6° *verstrekkingen*: de geneeskundige verstrekkingen zoals bedoeld in artikel 34, 13°, van de wet op verplichte ziekteverzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

## HOOFDSTUK II. Erkenningsnormen.

Art. 2. Om te worden erkend en erkend te blijven moeten de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging voldoen aan de normen vastgesteld in dit besluit.

### Afdeling I. De zorgzone

Art. 3. De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging dient een welbepaalde zorgzone te bestrijken, welke wordt vastgesteld naar aanleiding van de bijzondere erkenning van de betrokken dienst.

Art. 4. Het geografisch omschreven gebied van een gemeente – of deel van een gemeente in de

patients entre autre à travers une organisation pratique et appui aux prestations dans le cadre des soins à domicile, qui requièrent l'intervention de praticiens professionnels appartenant à différentes disciplines;

2° *institution de soins de santé*: institution dispensant des soins de santé, réglé ou non en vertu de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 ou la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins;

3° *zone de soins*: l'aire géographique d'un seul tenant, composée d'une ou de plusieurs communes – ou une partie d'une commune dans les grandes agglomérations d'Anvers, Charleroi, Gand et Liège - , sur laquelle se déploie l'activité du service intégré de soins à domicile;

4° *praticien professionnel*: le praticien professionnel visé à l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de la santé, ainsi qu'un psychologue travaillant dans le domaine des soins de santé.

5° *prestataire de soins*: tant le praticien professionnel, visé au 4° que l'établissement de soins de santé, visé au 2°;

6° *prestations*: les prestations, telles que visées à l'article 34, 13° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

## CHAPITRE II. Normes d'agrément.

Art. 2. Pour être agréés et le rester, les services intégrés de soins à domicile doivent répondre aux normes fixées dans le présent arrêté.

### Section I. Zone de soins

Art. 3. Le service intégré de soins à domicile doit couvrir une zone de soins déterminée, qui sera définie lors de l'agrément spécial du service concerné.

]

Art. 4. L'aire géographique d'une commune – ou d'une partie de commune dans les grandes

grote agglomeraties van Antwerpen, Gent, Charleroi en Luik – kan slechts tot één zorgzone behoren.

Art. 5. Per zorgzone kan slechts één geïntegreerde dienst voor thuisverzorging worden erkend.

Art. 6. In afwijking tot artikel 4 en artikel 5 kan, binnen het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad, éénzelfde geografische omschreven gebied deel uitmaken van de zorgzone zowel van een geïntegreerde dienst voor thuisverzorging die zich bekend als behorende tot de Vlaamse Gemeenschap, als van een geïntegreerde dienst voor thuisverzorging die zich bekend als behorend tot de Franse Gemeenschapscommissie, als van een geïntegreerde dienst voor thuisverzorging die zich bekend als behorend tot de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

## Afdeling II. Samenstelling

Art. 7. De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging is samengesteld uit vertegenwoordigers van de beroepsbeoefenaars zoals bedoeld in artikel 1, 4° van dit besluit, maar tenminste uit:

1° vertegenwoordigers van de huisartsen die binnen de zorgzone hun hoofdactiviteit uitoefenen;

2° vertegenwoordigers van de verpleegkundigen en vroedvrouwen, die in de zorgzone hun hoofdactiviteit in de thuisverzorging uitoefenen;

3° vertegenwoordigers van de door de bevoegde overheid van de betrokken gemeenschap of het betrokken gewest aan te duiden types van coördinatiestructuren, die erkend zijn en binnen de desbetreffende zorgzone werkzaam zijn;

## Hoofdstuk III. Opdrachten van de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging.

Art. 8. Met het oog op een coherent, toegankelijk en een aan de patiënt aangepast zorgaanbod, heeft de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging de algemene opdracht er over te waken over de opvolging van de informatie en ondersteuning doorheen het ganse zorgproces gebeurt en dit zowel ten opzichte van de zorgverstrekker als ten

agglomérations d'Anvers, Gand, Charleroi et Liège – ne peut appartenir qu'à une seule zone de soins.

Art. 5. Un seul service intégré de soins à domicile peut être agréé par zone de soins.

Art. 6. Par dérogation aux articles 4 et 5, une même aire géographique peut, au sein de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, faire partie de la zone de soins tant d'un service intégré de soins à domicile qui se reconnaît comme appartenant à la Communauté flamande, que d'un service intégré de soins à domicile qui se reconnaît comme appartenant à la Commission communautaire française, que d'un service intégré de soins à domicile qui se reconnaît comme appartenant à la Commission communautaire commune.

## Section II. Composition

Art. 7. Le service intégré de soins à domicile se compose de représentants des praticiens professionnels visés sous article 1,4° mais au moins de:

1° représentants des médecins généralistes, qui exercent leur activité professionnelle principale dans la zone de soins;

2° représentants des infirmie(è)r(e)s et accoucheuses, qui exercent leur activité principale dans le domaine des soins à domicile dans la zone de soins;

3° représentants des types de structures de coordination, à indiquer par l'autorité compétente de la communauté ou de la région concernées, qui sont agréées et actives à l'intérieur d'une zone de soins;

## Chapitre III. Missions du service intégré de soins à domicile.

Art. 8. En vue d'une offre de soins cohérente, accessible et adaptée au patient, le service intégré de soins à domicile a pour mission générale de veiller au suivi de l'information et du soutien tout au long du processus de soins, aussi bien à l'égard du prestataire de soins, qu'à l'égard du patient.

opzichte van de patiënt.

Bovendien heeft de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging in het algemeen als taak de samenwerking tussen haar leden te bevorderen. Dit kan ondermeer gebeuren door het optimaliseren van de informatie uitwisseling tussen haar leden door onder andere het organiseren van informatie en coördinatievergaderingen of door het ter beschikking stellen van administratieve en technische ondersteuning.

Art. 9. De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging heeft in het bijzonder als opdracht te waken over het praktisch organiseren en het ondersteunen van zorgverleners bij hun verstrekkingen in het kader van de thuisverzorging en meer in het bijzonder bij:

- a) de evaluatie van de zelfredzaamheid van de patiënt;
- b) de uitwerking en de opvolging van een zorgplan;
- c) de taakafspraken tussen zorgverstrekkers;
- d) het multidisciplinair overleg ter concretisering van voornoemde punten a) tot en met c);

Art. 10. De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging registreert de verstrekkingen bedoeld in artikel 9.

De verzamelaars van de registratie wordt per kalenderkwartaal en vóór het verstrijken van het daaropvolgend kwartaal, overgemaakt aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft evenals aan de overheden die de erkenning onder hun bevoegdheid hebben.

Art. 11. In het kader van het uitvoeren van haar opdrachten werkt de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging intensief samen met de in de zorgzone gevestigde gezondheidszorgvoorzieningen.

Op verzoek van de patiënt werkt de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging, voor wat betreft de aan hem verstrekte zorg, samen met gezondheidszorgvoorzieningen van buiten de

Par ailleurs, de manière générale, le service intégré de soins à domicile a pour mission de stimuler la collaboration entre ses membres. Il est possible d'y parvenir notamment en optimisant l'échange d'informations entre ceux-ci par le biais, entre autres, de l'organisation de réunions d'information et de l'apport d'un appui administratif et technique.

Art. 9. Le service intégré des soins à domicile se charge en particulier de veiller à l'organisation pratique et le soutien des prestataires de soins en vue des prestations fournies dans le cadre des soins à domicile, et plus particulièrement en ce qui concerne

- a) l'évaluation de l'autonomie du patient ;
- b) l'élaboration et le suivi d'un plan de soins ;
- c) la répartition des tâches entre les prestataires de soins;
- d) la concertation pluridisciplinaire en vue de concrétiser les points susmentionnés a) jusqu'au c);

Art. 10. Le service intégré des soins à domicile enregistre les prestations visées à l'article 9.

L'état récapitulatif de l'enregistrement est transmis, par trimestre civil et avant l'expiration du trimestre suivant, à la Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, ainsi qu'aux autorités compétentes en matière d'agrément.

Art. 11. Dans le cadre de l'exécution de ses missions, le service intégré de soins à domicile collabore de manière intensive avec les institutions de soins de santé établis dans la zone de soins.

A la demande du patient, le service intégré des soins à domicile collabore, en ce qui concerne les soins dispensés au patient, avec des institutions de soins de santé en dehors de la zone de soins.

zorgzone.

Art. 12. Onze Minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu en Onze Minister van Sociale Zaken en Pensioenen zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit

Art. 12. Notre ministre de la Protection de la Consommation, de la Santé publique et de l'Environnement et Notre ministre des Affaires sociales et des Pensions sont, chacun pour ce qui les concerne, chargés de l'exécution du présent arrêté.

Gegeven te

Donné à

Van Koningswege

Par le Roi,

De Minister van Consumentenzaken,  
Volksgezondheid en Leefmilieu,

La Ministre de la Protection de la consommation,  
de la Santé publique et de l'Environnement

M. AELVOET

De Minister van Sociale Zaken en Pensioenen,

Le Ministre des Affaires sociales et des Pensions,

F. VANDENBROUCKE





## HOOFDSTUK XII GEÏNTEGREERDE DIENSTEN VOOR THUISVERZORGING

Officiële gecoördineerde versie:

- 1 - Verordening 28-04-2003 (BS 23-05-2003)
- Verordening 31-01-2005 (BS 09-12-2005)
- Verordening 06-11-2006 (BS 29-11-2006)

**Art. 27. § 1.** De evaluatie-instrumenten zoals vermeld in [artikel 2, 1°, d) en artikel 3, 1°, d)] van het koninklijk besluit van 16 november 2005 tot vaststelling van de verstrekkingen omschreven in artikel 34, eerste lid, 13° van de wet, moeten ten minste de items van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) evalueren die vermeld zijn in bijlage 63.

**§ 2.** [De lijst van de evaluatie-instrumenten zoals vermeld in artikel 2, 1°, d) en artikel 3, 1°, d) van bovenvermeld koninklijk besluit is de volgende :

- RAI (Resident Assessment Instrument)
- Bio-protocol (Breed Indicatie Overleg)
- Aggir- Pathos –Socios
- Gemeenschappelijk Intake Formulier Thuiszorg (GIFT)
- Katz-schaal.

De evaluatie van de rechthebbende wordt aangevuld met opmerkingen over de items die niet of onvoldoende gedekt worden door het gebruikte instrument.

**Art. 28. § 1.** Het formulier, waarin voorzien is in artikel 1, 2°, van het ministerieel besluit van 18 november 2005 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden waarin een tegemoetkoming kan worden toegekend voor de verstrekkingen omschreven in artikel 34, eerste lid, 13°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, moet conform het model, opgenomen in bijlage 64, zijn.

**§ 2.** Het formulier, waarin voorzien is in artikel 3, 2°, van het ministeriaal besluit vermeld artikel 28, § 1, moet conform het model, opgenomen in bijlage 69, zijn.

**Art. 29. § 1.** De tegemoetkoming voor de deelname aan het multidisciplinair overleg indien het overleg ten huize van de rechthebbende plaatsheeft, waarin is voorzien in artikel 7, eerste lid, van het ministerieel besluit vermeld in artikel 28, § 1, wordt aangerekend middels de pseudocode 773172 voor de patiënten omschreven in artikel 1, 8°, van het koninklijk besluit vermeld in artikel 27 en middels de pseudocode 776532 voor de patiënten omschreven in artikel 1, 9°, van het koninklijk besluit vermeld in artikel 27

De tegemoetkoming voor de deelname aan het multidisciplinair overleg indien het overleg niet ten huize van de rechthebbende plaats heeft, waarin is voorzien in artikel 7, eerste lid, van het ministerieel besluit vermeld in artikel 28, § 1, wordt aangerekend middels de

pseudocode 773216 voor de patiënten omschreven in artikel 1, 8°, van het koninklijk besluit vermeld in artikel 27 en middels de pseudocode 776554 voor de patiënten omschreven in artikel 1, 9°, van het koninklijk besluit vermeld in artikel 27

De tegemoetkoming voor de deelname aan het multidisciplinair overleg, waarin is voorzien in artikel 7, tweede lid, van het ministerieel besluit vermeld in artikel 28, § 1, wordt aangerekend middels de pseudocode 427350 voor de patiënten die niet opgenomen zijn in een ziekenhuis en middels de pseudocode 427361 voor de patiënten die opgenomen zijn in een ziekenhuis.

De tegemoetkoming voor de registratie, waarin is voorzien in artikel 7, derde lid, van het ministerieel besluit vermeld in artikel 28, § 1, wordt aangerekend middels de pseudocode 773290 voor de patiënten omschreven in artikel 1, 8°, van het koninklijk besluit vermeld in artikel 27, middels de pseudocode 776576 voor de patiënten omschreven in artikel 1, 9°, van hetzelfde besluit, middels de pseudocode 427372 voor de patiënten omschreven in artikel 1, 11° van hetzelfde besluit die niet opgenomen zijn in een ziekenhuis en middels de pseudocode 427383 voor de patiënten omschreven in artikel 1, 11° van hetzelfde besluit die opgenomen zijn in een ziekenhuis.

§ 2. De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging stelt maandelijks per verzekeringsinstelling een factuur op, conform het model opgenomen in bijlage 65, voor de patiënten omschreven in artikel 1, 8° en 9° van het koninklijk besluit vermeld in artikel 27.

Deze factuur omvat:

- een lijst van de betrokken rechthebbenden, aangesloten bij die verzekeringsinstelling, waarbij telkens wordt vermeld:
- de datum van het multidisciplinair overleg;
- het RIZIV-identificatienummer van de deelnemers aan dat overleg waarvoor een tegemoetkoming wordt aangerekend;
- een lijst van de zorgverleners geïdentificeerd aan de hand van hun RIZIV-nummer, met voor elke zorgverlener het aantal van elke pseudocode dat in rekening wordt gebracht en het rekeningnummer van die zorgverlener.

De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging stelt maandelijks per verzekeringsinstelling een factuur op, conform het model opgenomen in bijlage 71, voor de patiënten omschreven in artikel 1, 11° van het koninklijk besluit vermeld in artikel 27.

§ 3. De verzekeringsinstellingen betalen aan de hand van die facturen de tegemoetkomingen aan de betrokken zorgverleners.

§ 4. Wat de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging erkend door de Franse Gemeenschapscommissie betreft, wordt de facturatie verricht door :

- de coördinatiecentra, via het inschrijvingsnummer van de verbonden geïntegreerde dienst voor alle rechthebbenden die zich bekennen tot de coördinatiecentra;
- de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging voor de rechthebbenden die zich niet bekennen tot de coördinatiecentra.

**[KONINKLIJK BESLUIT VAN 14 MEI 2003 TOT VASTSTELLING VAN DE  
VERSTREKKINGEN OMSCHREVEN IN ARTIKEL 34, EERSTE LID, 13°, VAN  
DE WET BETREFFENDE DE VERPLICHTE VERZEKERING VOOR  
GENEESKUNDIGE VERZORGING EN UITKERINGEN, GECOÖRDINEERD  
OP 14 JULI 1994**

Gewijzigd bij: K.B. 16-11-2005 - B.S. 30-11 - ed. 1

**[K.B. 22-10-2006 - B.S. 06-11]**

**Afdeling I**

**Definities**

**Artikel 1.** Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan:

1° onder "de wet": de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

2° onder "geïntegreerde dienst voor thuisverzorging": de gezondheidszorgvoorziening erkend overeenkomstig het koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging, ingeschreven bij het RIZIV;

3° onder "coördinatiecentrum": het coördinatiecentrum erkend overeenkomstig het decreet van de Franse Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest van 4 maart 1999 houdende de erkenning en de subsidiëring van centra die instaan voor de coördinatie van de zorgverstrekking en de diensten voor thuisverpleging en de diensten voor palliatieve verzorging en nazorg;

4° onder "zorgplan": een document dat de volgende elementen omvat:

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

5° onder "zorgverleners": de doctors in de genees-, heel- en verloskunde, de artsen, de licentiaten in de tandheelkunde en de tandartsen, de apothekers, de vroedvrouwen, die wettelijk gemachtigd zijn om hun kunst uit te oefenen; de kinesitherapeuten, de verpleegkundigen, de paramedische medewerkers en de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging zoals bepaald in artikel 2 van de wet;

6° onder "hulpverleners": psychologen, psychotherapeuten, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, deskundigen van een dienst voor gezinszorg en deskundigen van een uitleendienst, vertegenwoordigd in of een overeenkomst hebbende met een geïntegreerde dienst voor thuisverzorging;

7° onder "jaar": een kalenderjaar van 1 januari tot en met 31 december;

8° onder "patiënt": de persoon

- die thuis verblijft of opgenomen is in een instelling waarbij een terugkeer naar de

thuisomgeving is gepland binnen de acht dagen en

- waarvan verondersteld wordt dat hij nog ten minste één maand thuis zal blijven met een vermindering van fysieke zelfredzaamheid;

9° onder "PVS-patiënt": de persoon die ten gevolge van een acute hersenbeschadiging (ernstige schedeltrauma, hartstilstand, aderbloeding...), gevolgd door een coma, waarbij de ontwaaktechnieken de situatie niet hebben kunnen verbeteren, een volgende status behoudt:

- ofwel een persisterende neurovegetatieve status, namelijk:

1. getuigt van geen enkele vorm van bewustzijn van zichzelf of de omgeving en is niet in staat met anderen te communiceren;

2. geeft geen enkele volgehouden, repliceerbare, gerichte en vrijwillige respons op stimulatie van het gezichtsvermogen, het gehoor, de tastzin of pijnprikkels;

3. geeft geen enkel teken van welke vorm van taalvermogen dan ook, noch wat het begripsvermogen noch wat de spreekvaardigheid betreft;

4. kan soms spontaan de ogen openen, oogbewegingen maken, zonder daarom personen of voorwerpen met de ogen te volgen;

5. kan een slaap-waakritme hebben en ontwaakt dus mogelijkermijns met tussenpozen (zonder bij bewustzijn te komen);

6. de hypothalamische en trunculaire functies zijn nog voldoende intact om te kunnen overleven met medische en verpleegkundige verzorging;

7. vertoont geen emotionele reactie op verbale aanmaningen;

8. vertoont urinaire en fecale incontinentie;

9. vertoont tamelijk intacte schedel- en ruggenmergreflexen.

En dat sinds minstens drie maanden

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

10° onder "deskundig ziekenhuiscentrum": één van de deskundige ziekenhuiscentra die zijn opgenomen in bijlage 2 van het protocol betreffende het gezondheidsbeleid t.a.v. patiënten in een persisterende vegetatieve status van 24 mei 2004.

[I - K.B. 22-10-06 - B.S. 6-11]

11° ["psychiatrisch patiënt": de persoon met een chronische en complexe psychiatrische problematiek, zoals vastgesteld in het koninklijk besluit van 22 oktober 2006 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor de financiering van de therapeutische projecten inzake geestelijke gezondheidszorg.]

[I - K.B. 22-10-06 - B.S. 6-11]

12° ["therapeutisch project": project dat beantwoordt aan de voorwaarden die zijn vastgesteld in het voornoemde koninklijk besluit van 22 oktober 2006 en dat in een overeenkomst met het Verzekeringscomité in uitvoering van dat besluit is opgenomen.]

## Afdeling II

### Verstrekingen voor de patiënten omschreven in artikel 1, 8°

**Art. 2.** De verstrekingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 13° van de wet worden voor de patiënten omschreven in artikel 1, 8°, vastgelegd als volgt:

1° Multidisciplinair overleg:

a) Het multidisciplinair overleg concretiseert in het kader van de thuisverzorging de evaluatie van de zelfredzaamheid van de patiënt, de uitwerking en de opvolging van een zorgplan en de taakafspraken tussen zorg- en hulpverleners.

b) Het initiatief voor het multidisciplinair overleg in het kader van de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging kan door elke betrokkene worden genomen. De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging organiseert en valideert het overleg. De deelnemers, behalve de verplichte zorgverleners, worden in samenspraak met de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging vastgelegd.

c) De patiënt of zijn vertegenwoordiger stemt in met de evaluatie en met de betrokken deelnemers aan het overleg. De patiënt of zijn vertegenwoordiger heeft het recht bij het overleg aanwezig te zijn.

d) De evaluatie gebeurt op grond van een evaluatieinstrument dat toelaat na te gaan welke mogelijkheden de persoon heeft om zijn zelfredzaamheid te behouden en welke relevante zorgbehoefte daartoe bestaat, zowel wat de formele verzorging als de informele helpers betreft. In afwachting dat de Minister die de Sociale Zaken onder zijn bevoegdheid heeft een evaluatieinstrument vastlegt, kiest de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging de evaluatieschaal uit de lijst van evaluatieinstrumenten vastgelegd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

e) Ten minste drie zorgverleners nemen deel aan het overleg waaronder verplicht:

- de huisarts;

- de thuisverpleegkundige, indien de patiënt thuisverpleging ontvangt.

f) De patiënt of een door hem aangeduide mantelzorger moet aanwezig zijn, behalve indien de patiënt verklaart dat zijn aanwezigheid of die van zijn mantelzorger niet vereist is.

2° Registratie:

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

## Afdeling III

### Verstrekingen voor de patiënten omschreven in artikel 1, 9°

**Art. 3.** De verstrekingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 13°, van de wet worden

voor de patiënten omschreven in artikel 1, 9°, vastgelegd als volgt:

**1° Multidisciplinair overleg rond een PVS-patiënt**

a) Het multidisciplinair overleg concretiseert in het kader van de thuisverzorging de evaluatie van de patiënt, de uitwerking en de opvolging van een zorgplan en de taakafspraken tussen zorg- en hulpverleners. Dat zorgplan betreft een terugkeer naar en/of de handhaving in de thuisomgeving.

b) Het initiatief voor het multidisciplinair overleg in het kader van de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging kan door elke betrokkene worden genomen. De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging organiseert en valideert het overleg. De deelnemers, behalve de verplichte zorgverleners, worden in samenspraak met de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging vastgelegd.

c) De vertegenwoordiger van de patiënt stemt in met de evaluatie en met de betrokken deelnemers aan het overleg. Die vertegenwoordiger heeft het recht bij het overleg aanwezig te zijn.

d) De evaluatie gebeurt op grond van een evaluatie-instrument dat toelaat de behoeften van de patiënt na te gaan, zowel wat de formele verzorging als de informele helpers betreft. In afwachting dat de Minister van Sociale Zaken onder zijn bevoegdheid heeft een evaluatie-instrument vastlegt, kiest de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging de evaluatie-schaal uit de lijst van evaluatie-instrumenten vastgelegd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

e) Ten minste drie zorgverleners nemen deel aan het overleg, waaronder verplicht:

- de huisarts;

- de thuisverpleegkundige, indien de patiënt thuisverpleging ontvangt.

f) Een mantelzorger van de patiënt moet aanwezig zijn op het overleg.

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

**2° Registratie**

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

**[I - K.B. 22-10-06 - B.S. 6-11]**

**[Afdeling IIIbis]**

**Verstrekingen voor patiënten zoals omschreven in artikel 1, 11°]**

**[Art. 3bis. De verstrekingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 13°, van de wet worden voor de patiënten zoals omschreven in artikel 1, 11°, als volgt bepaald :**

**1° Multidisciplinair overleg rond een psychiatrisch patiënt**

a) Het overleg wordt georganiseerd volgens de regels die zijn vastgesteld in uitvoering van het voornoemde koninklijk besluit van 22 oktober 2006.

b) De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging is partner in het therapeutisch project in het kader waarvan het overleg wordt georganiseerd.

c) De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging telt onder zijn leden vertegenwoordigers van zorgverleners en/of hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg.

d) Het overleg wordt georganiseerd voor elke psychiatrisch patiënt die in het raam van het therapeutische project ten laste wordt genomen, ongeacht of hij onder de zorgzone van de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging valt.

e) Het overleg wordt georganiseerd volgens de bepalingen die zijn vastgesteld door alle partners van het therapeutische project in het samenwerkingsakkoord dat hen bindt, krachtens de bepalingen van het voornoemde koninklijk besluit van 22 oktober 2006.

f) Een plan van tenlasteneming van de psychiatrische patiënt in het raam van het therapeutische project wordt door alle partners van het therapeutische project uitgewerkt volgens de bepalingen die door hen zijn vastgesteld in het samenwerkingsakkoord dat hen bindt krachtens de bepalingen van het voornoemde koninklijk besluit van 22 oktober 2006. Het zorgplan maakt deel uit van het behandelingsplan.

## 2° Registratie

De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging verleent zijn medewerking aan de evaluatie van het therapeutische project en aan de registratie van de activiteiten van het therapeutische project volgens de bepalingen die zijn vastgesteld door alle partners van het therapeutische project in het samenwerkingsakkoord dat hen bindt krachtens de bepalingen van het voornoemde koninklijk besluit van 22 oktober 2006. Hij neemt op dezelfde wijze deel aan het proces van transversaal overleg als het therapeutische project daarbij wordt betrokken.]

## Afdeling IV

### Overgangsmaatregel

**Art. 4.** Ten titel van overgangsmaatregel komt de PVS-patiënt die thuis wordt verzorgd op de datum van de inwerkingtreding van dit koninklijk besluit, in aanmerking voor het multidisciplinaire overleg en de registratie. Daartoe stelt de verantwoordelijke arts van het betrokken deskundig ziekenhuiscentrum de medische kennisgeving vermeld in artikel 3, 3°, van het ministerieel besluit van 18 november 2005 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden waarin een tegemoetkoming kan worden toegekend voor de verstrekkingen omschreven in artikel 34, 13°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 op, op basis van een consultatie of het medisch dossier van de patiënt.

**Art. 5.** *Opgeheven bij: K.B. 16-11-2005 - B.S. 30-11 - ed. 1 (°°°)*

## Afdeling V

### Slotbepalingen

---

(°°°) van toepassing vanaf 1-1-2006

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

Sont également soustraits à l'application de la loi, les étudiants qui répondent aux conditions visées à l'alinéa précédent, et qui ont été soustraits à l'application de la loi en vertu de l'article 17.

Pour l'application de l'alinéa 1er, il n'est pas tenu compte des jours de travail prestés dans le cadre d'un contrat d'occupation d'étudiants avant la date d'entrée en vigueur de la présente disposition.

§ 2. En cas de dépassement, auprès d'un même employeur, du nombre maximum de jours de travail, tel que défini au § 1<sup>er</sup>, l'étudiant et l'employeur sont soumis à la loi pour la totalité de la période d'occupation auprès de cet employeur.

En cas de dépassement du nombre maximum de jours de travail, tel que défini au § 1<sup>er</sup>, au cours de l'année civile, l'étudiant et l'employeur qui l'occupe après le dépassement du nombre maximum de jours de travail, sont soumis à la loi pour tous les jours de travail prestés auprès de cet employeur.

Art. 2. L'article 24, 1<sup>er</sup>, du même arrêté royal, remplacé par l'arrêté royal du 10 juin 2001, est complété par l'alinéa suivant :

« Cette formule ne s'applique pas à l'article 17bis du présent arrêté. »

Art. 3. L'application du présent arrêté donne lieu à une évaluation générale du Conseil national du travail, au plus tard le 31 mars 2007.

Art. 4. Le présent arrêté produit ses effets à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2005.

Art. 5. Notre Ministre des Affaires sociales et Notre Ministre de l'Emploi sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 10 novembre 2005.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,  
R. DEMOTTE  
Le Ministre de l'Emploi,  
P. VANVELTHOVEN

Worden eveneens aan de toepassing van de wet onttrokken, de studenten die de voorwaarden vervullen, bedoeld in het vorige lid, en aan de toepassing van de wet onttrokken werden met toepassing van artikel 17.

Voor de toepassing van het eerste lid wordt geen rekening gehouden met de arbeidsdagen gepresteerd in het kader van een overeenkomst voor de tewerkstelling van studenten vóór de datum van inwerking-treding van deze bepaling.

§ 2. In geval van overschrijding, bij een zelfde werkgever, van het maximum aantal arbeidsdagen, zoals bedoeld bij § 1, zijn de student en de werkgever, voor de volledige periode van tewerkstelling bij deze werkgever aan de wet onderworpen.

In geval van overschrijding van het maximum aantal arbeidsdagen, zoals bepaald bij § 1, in de loop van het kalenderjaar, zijn de student en de werkgever die hem tewerkstelt na het overschrijden van het maximum aantal arbeidsdagen, voor alle bij deze werkgever gepresteerde arbeidsdagen aan de wet onderworpen.

Art. 2. Artikel 24, 1<sup>er</sup>, van hetzelfde koninklijk besluit, vervangen bij het koninklijk besluit van 10 juni 2001, wordt aangevuld met het volgende lid :

« Deze formule is niet van toepassing op artikel 17bis van dit besluit. »

Art. 3. De toepassing van dit besluit geeft aanleiding tot een algemene evaluatie van de Nationale Arbeidsraad, tegen uiterlijk 31 maart 2007.

Art. 4. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 juli 2005.

Art. 5. Onze Minister van Sociale Zaken en Onze Minister van Werk zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 10 november 2005.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,  
R. DEMOTTE  
De Minister van Werk,  
P. VANVELTHOVEN

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

F. 2005 — 3197

[C — 2005/22939]

16 NOVEMBRE 2005. — Arrêté royal modifiant 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

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

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 13<sup>o</sup> remplacé par la loi du 10 août 2001 et l'article 35, § 1<sup>er</sup>, alinéa 5;

Vu 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;

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 Notre Ministre du Budget, donné le 3 août 2005;

Vu l'avis 39.072/1 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;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2005 — 3197

[C — 2005/22939]

16 NOVEMBER 2005. — Koninklijk besluit tot wijziging van het 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

ALBERT II, Koning der Belgen,  
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 34, eerste lid, 13<sup>o</sup> vervangen bij de wet van 10 augustus 2001 en artikel 35, § 1, vijfde lid;

Gelet op het 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;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 7 december 2004;

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

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

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

Gelet op het advies 39.072/1 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;



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'intitulé 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, est remplacé par l'intitulé suivant :

« Arrêté royal déterminant les prestations visées 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 ».

**Art. 2.** A l'article 1<sup>er</sup> du même arrêté, qui est incorporé dans une section 1<sup>re</sup>, « Définitions » sont apportées les modifications suivantes :

1<sup>o</sup> au 6<sup>o</sup>, les mots « les assistants sociaux ou les experts d'un service d'aide familiale ou les experts d'un service de prêt » sont remplacés par les mots « les assistants sociaux, les experts d'un service d'aide familiale et les experts d'un service de prêt de matériel »;

2<sup>o</sup> le texte est complété par les alinéas suivants :

« 7<sup>o</sup> « an » : une année civile allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre inclus;

8<sup>o</sup> « patient » : la personne

— qui séjourne à domicile ou est admis dans une institution où un retour à domicile est planifié dans un délai de 8 jours et

— pour laquelle on suppose qu'elle restera encore au moins un mois à domicile avec une diminution d'autonomie physique;

9<sup>o</sup> « patient EVP » : la personne qui suite à un accident aigu (traumatisme crânien sévère, arrêt cardiaque, rupture vasculaire...) suivi d'un coma dont les techniques d'éveil n'ont pas pu améliorer la situation :

— soit est en état neurovégétatif persistant, à savoir :

1. ne témoigne d'aucune évidence de conscience de soi-même ou de l'environnement et incapable d'interagir avec les autres;

2. n'a pas d'évidence de réponse maintenue reproductible dirigée volontaire à des stimuli visuels, auditifs, tactiles ou douloureux;

3. n'a pas d'évidence d'une forme quelconque de langage, que cela soit au niveau de la compréhension ou de l'expression;

4. peut avoir une ouverture occasionnelle, spontanée des yeux, a des mouvements oculaires possibles, pas nécessairement en poursuite;

5. peut présenter un éveil (vigilance sans conscience) intermittent démontré par la présence de cycles de veille/sommeil;

6. les fonctions hypothalamiques ou tronculaires sont suffisamment préservées pour permettre une survie avec des soins médicaux et de nursing;

7. n'a pas de réponse émotionnelle en injonction verbale;

8. présente une incontinence urinaire et fécale;

9. présente une relative préservation des réflexes crâniens et spinaux.

Et cela depuis au moins trois mois

— soit est en état pauci relationnel (EPR), lequel diffère de l'état neurovégétatif parce que le sujet manifeste une certaine conscience de lui et de son environnement. Il peut parfois être capable d'un geste orienté ou de répondre à quelques stimuli par des pleurs ou des rires, des oui ou non par gestes ou articulation. La présence constante d'un seul de ces signes permet de classer le sujet comme EPR. La dépendance reste totale, avec des déficiences corticales inexplorables, des déficits sensoriels et moteurs massifs;

10<sup>o</sup> « centre hospitalier d'expertise » : un des centres hospitaliers d'expertise repris à l'annexe 2 du protocole du 24 mai 2004 concernant la politique de la santé à mener à l'égard des patients en état végétatif persistant. ».

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

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** Het opschrift van het 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, wordt vervangen door het volgende opschrift :

« Koninklijk besluit tot vaststelling van 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 ».

**Art. 2.** In artikel 1 van hetzelfde besluit, dat wordt opgenomen in een afdeling I, « Definities », worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1<sup>o</sup> in 6<sup>o</sup> worden de woorden « maatschappelijk werkers of deskundigen van een dienst voor gezinszorg of deskundigen van een uitleendienst » vervangen door de woorden « maatschappelijk werkers, deskundigen van een dienst voor gezinszorg en deskundigen van een uitleendienst »;

2<sup>o</sup> de tekst wordt aangevuld als volgt :

« 7<sup>o</sup> onder « jaar » : een kalenderjaar van 1 januari tot en met 31 december;

8<sup>o</sup> onder « patiënt » : de persoon

— die thuis verblijft of opgenomen is in een instelling waarbij een terugkeer naar de thuisomgeving is gepland binnen de acht dagen en

— waarvan verondersteld wordt dat hij nog ten minste één maand thuis zal blijven met een vermindering van fysieke zelfredzaamheid;

9<sup>o</sup> Onder « PVS-patiënt » : de persoon die ten gevolge van een acute hersenbeschadiging (ernstige schedeltrauma, hartstilstand, aderbloeding...), gevolgd door een coma, waarbij de ontwaaktechnieken de situatie niet hebben kunnen verbeteren, een volgende status behoudt :

— ofwel een persisterende neurovegetatieve status, namelijk :

1. getuigt van geen enkele vorm van bewustzijn van zichzelf of de omgeving en is niet in staat met anderen te communiceren;

2. geeft geen enkele volgehouden, repliceerbare, gerichte en vrijwillige respons op stimulatie van het gezichtsvermogen, het gehoor, de tastzin of pijnprikkels;

3. geeft geen enkel teken van welke vorm van taalvermogen dan ook, noch wat het begripsvermogen noch wat de spreekvaardigheid betreft;

4. kan soms spontaan de ogen openen, oogbewegingen maken, zonder daarom personen of voorwerpen met de ogen te volgen;

5. kan een slaap-waakritme hebben en ontwaakt dus mogelijkwerwijs met tussenpozen (zonder bij bewustzijn te komen);

6. de hypothalamische en tronculaire functies zijn nog voldoende intact om te kunnen overleven met medische en verpleegkundige verzorging;

7. vertoont geen emotionele reactie op verbale aanmaningen;

8. vertoont urinaire en fecale incontinentie;

9. vertoont tamelijk intacte schedel- en ruggenmergreflexen.

En dat sinds minstens drie maanden

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

10<sup>o</sup> Onder « deskundig ziekenhuiscentrum » : één van de deskundige ziekenhuiscentra die zijn opgenomen in bijlage 2 van het protocol betreffende het gezondheidsbeleid t.a.v. patiënten in een persisterende vegetatieve status van 24 mei 2004. ».

Art. 3. Sont insérées après l'article 1<sup>er</sup> du même arrêté, des sections II, III et IV, qui comportent les articles 2, 3 et 4, lesquels remplacent les actuels articles 2, 3 et 4, et qui sont rédigées comme suit :

« Section II. — Prestations pour les patients  
tels que définis à l'article 1<sup>er</sup>, 8<sup>o</sup> »

Art. 2. Les prestations visées à l'article 34, alinea 1<sup>er</sup>, 13<sup>o</sup> de la loi, sont fixées comme suit pour les patients tels que définis à l'article 1<sup>er</sup>, 8<sup>o</sup> :

1<sup>o</sup> Concertation multidisciplinaire :

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

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

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

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

e) Trois dispensateurs de soins au moins participent à la concertation parmi lesquelles figurent obligatoirement :

- le médecin généraliste;
- le praticien de l'art infirmier à domicile si le patient reçoit des soins infirmiers à domicile.

f) Le patient ou un aidant proche qu'il a désigné est tenu d'être présent à la concertation, sauf si le patient déclare que sa présence ou celle de l'aidant désigné n'est pas nécessaire.

2<sup>o</sup> Enregistrement :

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

Section III. — Prestations pour les patients  
tels que définis à l'article 1<sup>er</sup>, 9<sup>o</sup> »

Art. 3. Les prestations visées à l'article 34, alinea 1<sup>er</sup>, 13<sup>o</sup>, de la loi, sont fixées comme suit pour les patients tels que définis à l'article 1<sup>er</sup>, 9<sup>o</sup> :

1<sup>o</sup> Concertation multidisciplinaire autour d'un patient EVP

a) La concertation multidisciplinaire concrétise dans le cadre des soins à domicile l'évaluation du patient, l'élaboration et le suivi d'un plan de soins et la répartition des tâches entre dispensateurs de soins et dispensateurs d'aide. Ce plan de soins concerne un retour et/ou un maintien à domicile.

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

c) Le représentant du patient marque son accord sur l'évaluation et sur les participants intervenant dans la concertation. Ce représentant a le droit d'être présent à la concertation.

d) L'évaluation est réalisée sur la base d'un instrument d'évaluation qui permet de déterminer les besoins du patient, tant en ce qui concerne les soins formels que les aidants informels. En attendant la fixation de l'instrument d'évaluation par le Ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions, le service intégré de soins à domicile choisit l'instrument d'évaluation provenant de la liste des instruments d'évaluation établie par le Comité de l'assurance soins de santé.

Art. 3. Na artikel 1 van hetzelfde besluit worden de afdelingen II, III en IV ingevoegd, die de artikelen 2, 3 en 4 omvatten die de huidige artikelen 2, 3 en 4 vervangen, en die luiden :

« Afdeling II. — Verstrekkingen voor de patiënten  
omschreven in artikel 1, 8<sup>o</sup> »

Art. 2. De verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 13<sup>o</sup> van de wet worden voor de patiënten omschreven in artikel 1, 8<sup>o</sup>, vastgelegd als volgt :

1<sup>o</sup> Multidisciplinair overleg :

a) Het multidisciplinair overleg concretiseert in het kader van de thuisverzorging de evaluatie van de zelfredzaamheid van de patiënt, de uitwerking en de opvolging van een zorgplan en de taakafspraken tussen zorg- en hulpverleners.

b) Het initiatief voor het multidisciplinair overleg in het kader van de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging kan door elke betrokkene worden genomen. De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging organiseert en valideert het overleg. De deelnemers, behalve de verplichte zorgverleners, worden in samenspraak met de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging vastgelegd.

c) De patiënt of zijn vertegenwoordiger stemt in met de evaluatie en met de betrokken deelnemers aan het overleg. De patiënt of zijn vertegenwoordiger heeft het recht bij het overleg aanwezig te zijn.

d) De evaluatie gebeurt op grond van een evaluatieinstrument dat toelaat na te gaan welke mogelijkheden de persoon heeft om zijn zelfredzaamheid te behouden en welke relevante zorgbehoefte daartoe bestaat, zowel wat de formele verzorging als de informele helpers betreft. In afwachting dat de Minister die de Sociale Zaken onder zijn bevoegdheid heeft een evaluatieinstrument vastlegt, kiest de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging de evaluatieschaal uit de lijst van evaluatieinstrumenten vastgelegd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

e) Ten minste drie zorgverleners nemen deel aan het overleg waaronder verplicht :

- de huisarts;
- de thuisverpleegkundige, indien de patiënt thuisverpleging ontvangt.

f) De patiënt of een door hem aangeduide mantelzorger moet aanwezig zijn, behalve indien de patiënt verklaart dat zijn aanwezigheid of die van zijn mantelzorger niet vereist is.

2<sup>o</sup> Registratie :

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

Afdeling III. — Verstrekkingen voor de patiënten  
omschreven in artikel 1, 9<sup>o</sup> »

Art. 3. De verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 13<sup>o</sup>, van de wet worden voor de patiënten omschreven in artikel 1, 9<sup>o</sup>, vastgelegd als volgt :

1<sup>o</sup> Multidisciplinair overleg rond een PVS-patiënt

a) Het multidisciplinair overleg concretiseert in het kader van de thuisverzorging de evaluatie van de patiënt, de uitwerking en de opvolging van een zorgplan en de taakafspraken tussen zorg- en hulpverleners. Dat zorgplan betreft een terugkeer naar en/of de handhaving in de thuisomgeving.

b) Het initiatief voor het multidisciplinair overleg in het kader van de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging kan door elke betrokkene worden genomen. De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging organiseert en valideert het overleg. De deelnemers, behalve de verplichte zorgverleners, worden in samenspraak met de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging vastgelegd.

c) De vertegenwoordiger van de patiënt stemt in met de evaluatie en met de betrokken deelnemers aan het overleg. Die vertegenwoordiger heeft het recht bij het overleg aanwezig te zijn.

d) De evaluatie gebeurt op grond van een evaluatie-instrument dat toelaat de behoeften van de patiënt na te gaan, zowel wat de formele verzorging als de informele helpers betreft. In afwachting dat de Minister die de Sociale Zaken onder zijn bevoegdheid heeft een evaluatie-instrument vastlegt, kiest de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging de evaluatie-schaal uit de lijst van evaluatie-instrumenten vastgelegd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

e) Trois dispensateurs de soins au moins participent à la concertation parmi lesquelles figurent obligatoirement :

- le médecin généraliste;
- le praticien de l'art infirmier à domicile si le patient reçoit des soins infirmiers à domicile.

f) Un aidant proche est tenu d'être présent à la concertation.

En outre, dans le cadre de la préparation de la sortie du centre hospitalier d'expertise, un dispensateur de soins de ce centre doit être présent lors de la première concertation multidisciplinaire. Ce dispensateur n'entre pas en ligne de compte pour le nombre minimum de dispensateurs de soins fixé au 5°.

#### 2° Enregistrement

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

#### Section IV. — Disposition transitoire

Art. 4. A titre transitoire, le patient EVP qui est soigné à domicile à la date de l'entrée en vigueur du présent arrêté royal, 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, 3°, de l'arrêté ministériel du 18 novembre 2005 fixant le montant et les conditions dans lesquelles une intervention peut être accordée pour les prestations définies à l'article 34, 13°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 sur base d'une consultation ou du dossier médical du patient. ».

Art. 4. L'article 5 du même arrêté, est abrogé.

Art. 5. Les articles 6 et 7 du même arrêté sont groupés dans une section V, « Dispositions finales ».

Art. 6. Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2006.

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

Donné à Bruxelles, le 16 novembre 2005.

ALBERT

Par le Roi :

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

e) Ten minste drie zorgverleners nemen deel aan het overleg, waaronder verplicht :

- de huisarts;
- de thuisverpleegkundige, indien de patiënt thuisverpleging ontvangt.

f) Een mantelzorger van de patiënt moet aanwezig zijn op het overleg.

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

#### 2° Registratie

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

#### Afdeling IV. — Overgangsmaatregel

Art. 4. Ten titel van overgangsmaatregel komt de PVS-patiënt die thuis wordt verzorgd op de datum van de inwerkingtreding van dit koninklijk besluit, in aanmerking voor het multidisciplinaire overleg en de registratie. Daartoe stelt de verantwoordelijke arts van het betrokken deskundig ziekenhuiscentrum de medische kennisgeving vermeld in artikel 3, 3°, van het ministerieel besluit van 18 november 2005 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden waarin een tegemoetkoming kan worden toegekend voor de verstrekkingen omschreven in artikel 34, 13°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 op, op basis van een consultatie of het medisch dossier van de patiënt. ».

Art. 4. Artikel 5 van hetzelfde besluit wordt opgeheven.

Art. 5. Artikelen 6 en 7 van hetzelfde besluit worden opgenomen in een afdeling V, « Slotbepalingen ».

Art. 6. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2006.

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

Gegeven te Brussel, 16 november 2005.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
R. DEMOTTE

#### SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

F. 2005 — 3198

[C — 2005/22940]

18 NOVEMBRE 2005. — Arrêté royal 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

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 14°, inséré par la loi du 22 février 1998 et modifié par la loi du 25 janvier 1999, l'article 35, § 1<sup>er</sup>, alinéa 7, inséré par la loi du 22 février 1998 et modifié par la loi du 27 avril 2005, et l'article 37, § 20, inséré par la loi du 22 février 1998 et modifié par la loi du 27 avril 2005;

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, émis le 13 décembre 2004 et 20 décembre 2004;

#### FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

N. 2005 — 3198

[C — 2005/22940]

18 NOVEMBER 2005. — Koninklijk besluit 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

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 de artikel 34, eerste lid, 14°, ingevoegd bij de wet van 22 februari 1998 en gewijzigd door de wet van 25 januari 1999, artikel 35, § 1, zevende lid, ingevoegd bij de wet van 22 februari 1998 en gewijzigd bij de wet van 27 april 2005, en artikel 37, § 20, ingevoegd bij de wet van 22 februari 1998 en gewijzigd bij de wet van 27 april 2005;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 7 december 2004;

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

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

I

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, alinéa 1<sup>er</sup>, 13<sup>e</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>e</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>er</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>e</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>e</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>e</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>e</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>e</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>e</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 des soins à domicile au maximum une fois par an et par patient si une concertation multidisciplinaire, telle qu'elle est visée ci-dessus, a eu lieu et dont les documents décrits à l'article 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<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> 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<sup>o</sup>, 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<sup>o</sup>, 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<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup>, 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<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 van geneeskundige verzorging bij het RIZIV. Op dit formulier worden de verschillende deelnemers vermeld. De deelnemers ondertekenen dit document;

3<sup>o</sup> 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<sup>o</sup>, 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<sup>o</sup>, 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<sup>o</sup> en 2<sup>o</sup>, 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>e</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 hoefde van de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging daadwerkelijk heeft meegewerkt in het raam van het overleg. Deze zorg- of hulpverlener moet vertegenwoordigd zijn in of een overeenkomst hebben met een erkende geïntegreerde dienst voor thuisverzorging en daadwerkelijk hebben meegewerkt aan een aspect van de zorg 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 verzekeringstelling 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 inschrijvingsnummer van de verbonden geïntegreerde dienst voor 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>e</sup>, 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

KONINKRIJK BELGIE  
---- • ----  
FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID  
---- • ----

Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van de deelname aan overleg rond een psychiatrische patiënt, de organisatie en coördinatie van dit overleg en de functie van referentiepersoon.

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, artikel 56, § 2, eerste lid, 3°;

Gelet op het koninklijk besluit van 22 oktober 2006 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van de therapeutische projecten inzake geestelijke gezondheidszorg;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 23 november 2011;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 28 november 2011;

Gelet op het advies van de Commissie voor bescherming van de persoonlijke levenssfeer, gegeven op xxxxxx;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op xxxxx;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting op xxxxxxx;

Gelet op het voorafgaand onderzoek van de noodzaak om een effectbeoordeling waarbij werd besloten dat geen effectbeoordeling is vereist;

Gelet op advies xxxx/x van de Raad van State, gegeven op ... met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1/, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken,

HEBBEN WIJ BESLOTEN EN BESLUITEN WIJ :

HOOFDSTUK I.- Definities

**Artikel 1.** Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder:

1° “centre de coordination des soins et de l’aide à domicile, afgekort CCSD” : centra erkend door het Waals gewest in toepassing van het decreet van het Waals Gewest van 30 april 2009 betreffende de coördinatiecentra voor thuiszorg en –hulp met het oog op de toekenning van subsidies ;

2° “geïntegreerde dienst voor thuisverzorging, afgekort GDT” : dienst erkend in het kader van het koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging;

3° “hulpverlener” : klinisch psycholoog, orthopedagoog, , maatschappelijk werker, evenals diensten en instellingen die professioneel hulp verlenen;

4° “gezondheidszorgbeoefenaars” de personen die zijn bedoeld in het koninklijk besluit van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, en in zijn uitvoeringsbesluiten;

5° “samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg, afgekort SEL” : een door de Vlaamse Regering erkend samenwerkingsverband van vertegenwoordigers van zorgaanbieders en eventueel van vertegenwoordigers van mantelzorgers of vrijwilligers, dat gericht is op de optimalisatie van de zorg binnen een geografisch afgebakend werkgebied als vermeld in artikel 2, 11°, van het decreet van de Vlaamse regering van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen zorgaanbieders;

6° “Therapeutisch project” : project dat op 31 maart 2012 onder de toepassing valt van het koninklijk besluit van 22 oktober 2006 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van de therapeutische projecten inzake geestelijke gezondheidszorg;

7° “Wet op de ziekenhuizen” : Wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008;

8° “zorgregio” : het geografisch gebied waarover de activiteit van de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging zich uitstrekt, zoals vastgelegd in:

a) Koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging;

b) de bijlage 1 bij het besluit van de Waalse Regering van 18 december 2003 betreffende de bijzondere erkenning van de rust- en verzorgingstehuizen, dagverzorgingscentra voor bejaarden, psychiatrische verzorgingstehuizen en geïntegreerde diensten voor thuisverzorging;

c) de bijlage bij het Vlaamse decreet van 28 november 2008 betreffende de indeling in zorgregio’s en betreffende de samenwerking en programmatie van gezondheidsvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen;

d) het besluit van de Regering van de Duitstalige Gemeenschap van 26 september 2003 betreffende de erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging;

## HOOFDSTUK II.- Doelgroep

**Artikel 2 §1.** De verstrekkingen gedefinieerd in dit besluit zijn van toepassing op patiënten die voldoen aan alle volgende voorwaarden:

1° patiënten met een psychiatrische problematiek waarvoor een hoofddiagnose is gesteld op basis van de groepen van pathologieën uit de “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)” of de “International Classification of Diseases, 10th Revision, Clinical Modification (ICD-10-CM)”, die van herhalende aard of potentieel van herhalende aard is. Echter de volgende groepen die uitsluitend betrekking hebben op of samengesteld zijn uit een exclusieve combinatie van de volgende pathologieën, zijn uitgesloten als hoofddiagnose:

a. dementie;

b. andere cognitieve stoornissen van medische, vasculaire of traumatische oorsprong;



- c. epilepsie;
- d. mentale retardatie;
- e. neurologische stoornis ;

2° patiënten waarvoor minstens drie gezondheidszorgbeoefenaars of hulpverleners beslissen dat een begeleidingsplan zoals bedoeld in artikel 3 wordt opgesteld waarvan de duurtijd minstens 12 maanden bedraagt;

3° comorbiditeit: naast de hoofddiagnose bepaald onder punt 1° van dit artikel heeft de patiënt minstens nog één bijkomende psychiatrische problematiek waarvan de diagnose is gesteld op basis van de groepen van pathologieën uit de “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)” of de “International Classification of Diseases, 10th Revision, Clinical Modification (ICD-10-CM);

4° toename van de intensiteit of de frequentie van de symptomen;

5° voorafgaand contact de geestelijke gezondheidszorg in het kader van de psychiatrische aandoening dat voldoet aan minstens één van de volgende voorwaarden:

- a. een ziekenhuisopname in een psychiatrisch ziekenhuis, een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis of een K-dienst van minstens 14 dagen uiterlijk één jaar geleden;
- b. een tenlasteneming gedurende minstens 14 dagen door de mobiele equipes die zijn voorzien in het kader van artikel 107 van de Wet op de ziekenhuizen uiterlijk één jaar geleden;
- c. een tenlasteneming gedurende minstens 14 dagen door een project outreach voor kinderen en jongeren gefinancierd door de FOD Volksgezondheid uiterlijk één jaar geleden;
- d. een opname, gedurende minstens 14 dagen in een andere ziekenhuisdienst waar een psychiater in consult is bijgeroepen, uiterlijk één jaar geleden. Een van de volgende nomenclatuurnummers werd hiervoor aangerekend: 599443, 599465, 596562, 596584.
- e. voor kinderen en jongeren: een begeleiding van minstens 6 maanden in een centrum voor geestelijke gezondheidszorg, uiterlijk één jaar geleden of aanmelding door politie, parket of jeugdrechter uiterlijk één maand geleden.

Dit is een voorwaarde bij de eerste tenlasteneming en bij een nieuwe tenlasteneming die niet aansluit bij een vorige periode van tenlasteneming;

6° voor volwassenen en/of ouderen heeft de patiënt, ingevolge de psychiatrische aandoening verlies van bepaalde vaardigheden of beschikt slechts over beperkte vaardigheden in minstens drie van de volgende domeinen:

- a. de basisautonomie: dit domein omvat de activiteiten die onmisbaar zijn voor de bevrediging van de persoonlijke basisbehoeften: zich voeden, zich wassen, zich ontlasten en zich kleden;
- b. de woonautonomie: het betreft hier de noodzakelijke vaardigheden voor de dagdagelijkse organisatie op huishoudelijk vlak: koken, het huishouden doen, wassen en strijken, zorg dragen voor zijn gezondheid en zijn veiligheid;
- c. de autonomie binnen de gemeenschap: dit domein omvat de vaardigheden die vereist zijn om zich te verplaatsen in de samenleving, om de middelen die de samenleving biedt aan te wenden, om inkopen te doen, geld te beheren en de wetten en de reglementen van de samenleving te respecteren;
- d. taal en communicatie: dit domein betreft de communicatie in zijn receptieve en expressieve aspecten. De beoogde vaardigheden hebben hoofdzakelijk betrekking op de mogelijkheden om contact te hebben met anderen;
- e. maatschappelijke aanpassing: de hier beoogde vaardigheden zijn die vaardigheden die vereist zijn om zich in te schakelen in een groep of een vereniging. Het betreft hier de houding tegenover zichzelf (zelfkennis en zelfbeeld), de houding tegenover anderen (inter-persoonlijke relaties), de deelname aan het leven van de gemeenschap;
- f. werk: hier gaat het om de essentiële componenten voor een professionele integratie: motivatie, basisbekwaamheden, vaardigheden, de capaciteiten om zich in te schakelen in een ploeg;

- g. schoolse kennis: dit domein omvat de intellectuele vaardigheden van het individu, zowel wat elementaire kennis betreft als wat lezen, schrijven en rekenen betreft;
- h. motoriek: dit domein omvat de motorische vaardigheden van een individu, zoals: lichaamshouding, basisvaardigheden op motorisch vlak, fijne motoriek, psychomotorische vaardigheden en de mogelijkheden voor het verrichten van fysieke activiteiten;
- i. aangepast persoonlijk gedrag: dit domein omvat bepaalde gedragingen, houdingen of symptomen die maatschappelijk ongewenst zijn. Waar de vorige domeinen betrekking hebben op vaardigheden die zouden moeten verworven worden of hersteld worden, legt dit domein de nadruk op houdingen of gedragingen die zouden moeten verdwijnen;

7° voor kinderen en jongeren heeft de patiënt, ingevolge de psychiatrische aandoening verlies van bepaalde vaardigheden of beschikt slechts over beperkte vaardigheden in minstens drie van de volgende domeinen:

- a. de basisautonomie: dit domein omvat de activiteiten die onmisbaar zijn voor de bevrediging van de persoonlijke basisbehoeften: wassen, aankleden, eten, ...
- b. autonomie binnen de gemeenschap: leren omgaan met geld, (kleine) aankopen doen, zelfstandig verplaatsen (fiets, openbaar vervoer, ...);
- c. taal en communicatie: dit domein betreft de communicatie in zijn receptieve en expressieve aspecten. De beoogde vaardigheden hebben hoofdzakelijk betrekking op de mogelijkheden om contact te hebben met anderen;
- d. functioneren in het gezin of in de gezinsvervangende context: het gaat hier om de handhaving van een vertrouwensrelatie met ouders of andere zorgverantwoordelijken, en van bekwaamheden in het samenleven met andere kinderen, al dan niet broers en zussen;
- e. sociale aansluiting: de hier beoogde vaardigheden zijn die vaardigheden die vereist zijn om aan te sluiten bij leeftijdsgenoten. Het betreft hier de houding tegenover zichzelf (zelfkennis en zelfbeeld), de houding tegenover anderen (inter-persoonlijke relaties), de deelname aan het buurtleven;
- f. school: hier gaat het om de essentiële componenten voor een inschakeling in een schoolcontext: motivatie, basisbekwaamheden, sociale vaardigheden, de capaciteiten om te functioneren in een gezagsrelatie. Het gaat zowel om de cognitieve vaardigheden als om het psychisch en emotioneel functioneren die deze kunnen onderdrukken;
- g. motoriek: dit domein omvat de motorische vaardigheden van een individu, zoals: lichaamshouding, basisvaardigheden op motorisch vlak, fijne motoriek, psychomotorische vaardigheden en de mogelijkheden voor het verrichten van fysieke activiteiten;
- h. aangepast persoonlijk gedrag: dit domein omvat bepaalde gedragingen, houdingen of symptomen die maatschappelijk ongewenst zijn. Waar de vorige domeinen betrekking hebben op vaardigheden die zouden moeten verworven worden of hersteld worden, legt dit domein de nadruk op houdingen of gedragingen die zouden moeten verdwijnen.

**§2.** De verstrekkingen gedefinieerd in dit besluit zijn eveneens van toepassing op patiënten die op het moment dat de therapeutische projecten aflopen nog ten laste genomen worden door een therapeutisch project voor zover de bepalingen van de artikelen 3, 5 en 10 op deze patiënten van toepassing zijn.

### HOOFDSTUK III.- Het begeleidingsplan en overleg rond de patiënt

**Art. 3.** Het begeleidingsplan wordt opgesteld tijdens een overlegvergadering rond de patiënt conform de voorwaarden bepaald in artikel 5. Een begeleidingsplan wordt opgesteld in die situaties waar afstemming tussen verschillende gezondheidszorgbeoefenaars en hulpverleners nodig is. Het is een instrument voor de coördinatie van de activiteiten rond de patiënt. Een begeleidingsplan beantwoordt aan de volgende criteria:

1° het begeleidingsplan bevat de identificatiegegevens van de patiënt en de contactgegevens van de betrokken gezondheidszorgbeoefenaars en hulpverleners en de mantelzorgers. De patiënt of zijn familie dient te beschikken over een lijst van telefoonnummers en e-mailadressen waarop is aangeduid met

welke diensten hij op welk moment contact kan leggen. Tevens wordt voorzien wie op welk moment gecontacteerd moet worden ingeval van een dringende opname in een ziekenhuis. In dit deel wordt verder ook aangegeven wie de referentiepersoon is van de patiënt zoals bepaald in artikel 9;

2° het begeleidingsplan bevat de volgende gegevens, die tevens kunnen gebruikt worden door de dienst of instelling waarmee in toepassing van artikel 6 een overeenkomst is gesloten, in het kader van de facturering:

- datum overlegmoment;
- aanwezig op het overleg;
- locatie overleg: bij de patiënt thuis of elders;
- datum volgende overleg;
- identificatiegegevens van de referentiepersoon zoals bepaald in artikel 10;
- identificatiegegevens van de organisator en coördinator van het overleg zoals bepaald in artikel 7;
- gegevens waaruit blijkt dat de patiënt voldoet aan de voorwaarden bepaald in artikel 2, §1, 5° en 6° of 7°;

3° het begeleidingsplan beschrijft in algemene termen gegevens die van belang kunnen zijn voor de verdere zorg- en hulpverlening;

4° het begeleidingsplan bevat de algemene doelstellingen die met de patiënt nagestreefd worden. De taakafspraken onder punt 5° zijn 'activiteiten' / 'handelingen' om deze doelstellingen te bereiken;

5° het begeleidingsplan beschrijft per episode van zorg – dit is de periode tussen twee geplande overlegmomenten - de vooropgestelde taakafspraken, de zorgactiviteiten en de verantwoordelijkheden van zowel de betrokken gezondheidszorgbeoefenaars en hulpverleners als de mantelzorgers en de patiënt zelf.

De taakafspraken worden uitgedrukt in de tijd en worden op elk overlegmoment binnen het zorgteam en bij voorkeur in samenspraak met patiënt en/of familie geëvalueerd, eventueel bijgestuurd en/of beëindigd en daarover wordt gerapporteerd in het begeleidingsplan.

**Art. 4.** Daar waar rubrieken van het begeleidingsplan overeenkomen met een bestaand zorgplan, kunnen deze in het begeleidingsplan overgenomen worden of kan ernaar verwezen worden. Een uittreksel van het betrokken zorgplan dient dan te worden toegevoegd aan het begeleidingsplan.

**Art. 5.** Het overleg rond de patiënt voldoet aan de volgende voorwaarden:

1° minstens drie verschillende types van gezondheidszorgbeoefenaars en hulpverleners zijn aanwezig;

2° minstens één van de aanwezige gezondheidszorgbeoefenaars en hulpverleners is iemand uit de sector geestelijke gezondheidszorg: uit een psychiatrisch ziekenhuis, uit een psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis, uit een psychiatrisch verzorgingstehuis, uit een initiatief voor beschut wonen, van een centrum geestelijke gezondheidszorg, uit een dienst psychiatrische zorg in de thuissituatie gefinancierd via een initiatief voor beschut wonen, van een centrum voor psychosociale revalidatie met RIZIV-overeenkomst voor kinderen of volwassenen, van een mobiele equipe zoals voorzien in het kader van artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen of een zelfstandig gevestigde psychiater of kinderpsychiater;

3° minstens één van de aanwezige gezondheidszorgbeoefenaars of hulpverleners is iemand uit de eerstelijnsgezondheidszorg: een huisarts, een thuisverpleegkundige, een kinesitherapeut, een logopedist, een vroedvrouw, een ergotherapeut of is een klinisch psycholoog, een orthopedagoog, een apotheker of een maatschappelijk werker;

4° de huisarts is uitgenodigd op het overleg.

HOOFDSTUK IV.- Verstrekkingen en verzekeringstegemoetkoming

**Art. 6.** Voor de uitvoering van de hieronder bepaalde verstrekkingen sluit het Verzekeringscomité een overeenkomst met:

1° de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging van de betrokken zorgregio;  
2° indien in de betrokken zorgregio geen geïntegreerde dienst voor thuisverzorging erkend is: met een initiatief voor beschut wonen dat gefinancierd wordt voor psychiatrische thuiszorg of met een ziekenhuis Het Verzekeringscomité kan per zorgregio maximum één overeenkomst afsluiten. Deze overeenkomst moet wel de ganse zorgregio dekken.

Indien er een project in het kader van artikel 107 van de Wet op de ziekenhuizen actief is in de zorgregio dient de GDT, het ziekenhuis of het initiatief voor beschut wonen waarmee het Verzekeringscomité een overeenkomst afsluit, als partner in het netwerk van dat project actief betrokken te zijn.

A. Organisatie en coördinatie van het overleg

**Art. 7.** De dienst of instelling waarmee in toepassing van artikel 6 een overeenkomst is gesloten is verantwoordelijk voor de organisatie en coördinatie van de overlegvergaderingen rond de patiënt. Dit omvat de volgende taken:

1° uitklaren van de zorgvraag: nagaan met de aanvrager van het overleg of de patiënt behoort tot de doelgroep bepaald in artikel 2 en wat de te bereiken doelstelling is van het multidisciplinair overleg;  
2° kennis hebben van de sociale kaart van de zorgregio, inclusief op het vlak van de geestelijke gezondheidszorg en de eerstelijnsgezondheidszorg;  
3° inventariseren van alle betrokken gezondheidszorgbeoefenaars en hulpverleners op niveau van de patiënt;  
4° plannen van het multidisciplinair overleg en afspraken maken;  
5° coördineren (en desgevallend het leiden) van het gesprek tijdens het multidisciplinair overleg;  
6° formuleren van conclusies van de deelnemers aan het multidisciplinair overleg in termen van concrete afspraken;  
7° toezien op de opmaak van het begeleidingsplan overeenkomstig de afspraken die gemaakt zijn tijdens het overleg;  
8° ontvangen van het begeleidingsplan van de referentiepersoon en nadien overmaken van het begeleidingsplan aan de huisarts van de patiënten aan alle andere gezondheidszorgbeoefenaars en hulpverleners;  
9° administratieve opvolging verzekeren ten aanzien van de dienst of instelling waarmee in toepassing van artikel 6 een overeenkomst is gesloten.

**Art.8.** De dienst of instelling waarmee in toepassing van artikel 6 een overeenkomst is gesloten kan voor het uitvoeren van de taken vermeld in artikel 6 een akkoord afsluiten met een SEL of een CCSD. Zij blijft in dat geval verantwoordelijk voor de ondersteuning en begeleiding van degenen met wie ze een akkoord sluit en dient op elk moment de volgende gegevens ter beschikking kunnen stellen van het RIZIV:

1° een overzicht van de overlegvergaderingen met vermelding van de aanwezigen, de duur, de plaats;  
2° de samenwerkingsakkoorden indien van toepassing omtrent de organisatie en coördinatie;  
3° een kopie van de begeleidingsplannen ten behoeve van de controlediensten;  
4° overzicht van alle financiële stromen: ontvangen vergoedingen van het de verzekeringsinstellingen en toegekende bedragen voor deelname aan overleg.

**Art. 9.** De dienst of instelling waarmee in toepassing van artikel 6 een overeenkomst is gesloten kan, op voorwaarde dat de organisatie en coördinatie niet reeds op een andere manier ten laste worden genomen, hiervoor per georganiseerd overleg een vergoeding aanrekenen van 121,21 euro.

Indien de dienst of instelling zoals bedoeld in artikel 6 voor deze organisatie en coördinatie een akkoord sloot met een SEL of een CCSD en op voorwaarde dat deze opdracht niet reeds op een andere manier ten laste worden genomen, kan per georganiseerd overleg 121.21 euro worden aangerekend dat nadien wordt doorgestort aan de SEL of aan de CCSD.

A. Referentiepersoon

**Art. 10.** Tijdens het overleg rond een patiënt wordt een referentiepersoon aangeduid. De referentiepersoon heeft een directe zorgrelatie met de patiënt en heeft volgende verantwoordelijkheden:

1° opstellen van het begeleidingsplan overeenkomstig de afspraken die gemaakt zijn tijdens het overleg, en het overmaken aan de dienst of instelling waarmee in toepassing van artikel 6 een overeenkomst is gesloten;

2° bezorgen van een exemplaar van het begeleidingsplan aan de patiënt die het bij hem thuis bewaart;

3° verzekeren van de algemene coördinatie omtrent de uitvoering en bijsturing van het begeleidingsplan;

4° aanspreekpersoon zijn voor zowel de patiënt en zijn familie als voor de gezondheidszorgbeoefenaars en hulpverleners (inclusief de huisarts) rondom de patiënt die het begeleidingsplan in de praktijk brengen en treedt op als aanspreekpunt voor gezondheidszorgbeoefenaars en hulpverleners. Zo dient de referentiepersoon van wijzigingen in de situatie van de patiënt, zoals een ziekenhuisopname, verwittigd te worden van zodra dit mogelijk is;

5° optreden indien partners zich niet houden aan afspraken;

6° initiatief nemen voor tussentijds overleg via de dienst of instelling waarmee in toepassing van artikel 6 een overeenkomst is gesloten in geval van, bij voorbeeld, een crisissituatie;

7° regelen van de continuïteit tijdens avond, weekend en verlof.

De referentiepersoon kan wijzigen doorheen het traject van de patiënt. De nieuwe referentiepersoon wordt steeds aangeduid tijdens het overleg rond de patiënt.

**Art. 11.** De rol van referentiepersoon kan opgenomen worden door gezondheidszorgbeoefenaars, door klinisch psychologen, door maatschappelijk werkers of door orthopedagogen.

**Art. 12.** De tegemoetkoming van de referentiepersoon bedraagt 95,16 euro per overleg.

#### C Administratieve afhandeling

**Art. 13.** De dienst of instelling waarmee in toepassing van artikel 6 een overeenkomst is gesloten is steeds verantwoordelijk voor de volgende taken:

1° controle of de voorwaarden voor de vergoeding van het overleg voldaan zijn;

2° facturatie van de vergoeding voor deelname aan het overleg, van de vergoeding coördinatie en de vergoeding voor de referentiepersoon aan de verzekeringsinstellingen;

3° uitbetalen van de bedragen aan de deelnemers van het overleg bedoeld in artikel 14 §2, aan de coördinator en aan de referentiepersoon;

4° overmaken van het begeleidingsplan aan de huisarts na iedere overlegvergadering rond de patiënt.

De dienst of instelling waarmee in toepassing van artikel 6 een overeenkomst is gesloten ontvangt hiervoor een forfaitaire tegemoetkoming van 13,80 euro per overleg.

#### D. Overleg

**Art. 14. § 1.** De tegemoetkoming voor deelname aan overleg rond de patiënt zoals bedoeld in artikel 5 bedraagt 44,12 euro indien het overleg doorgaat bij de patiënt thuis en 33,09 euro indien het overleg elders doorgaat.

**§ 2.** Deze tegemoetkoming is verschuldigd aan zelfstandig gevestigde gezondheidszorgbeoefenaars én klinisch psychologen én orthopedagogen, die werken in de eerste lijn met inbegrip van verpleegkundigen die werken in een dienst voor thuisverpleegkunde. Deze gezondheidszorgbeoefenaars, met uitzondering van de psychologen en de orthopedagogen, worden rechtstreeks betaald door de verzekeringsinstelling op basis van de facturatie door de dienst of instelling waarmee in toepassing van artikel 6 een overeenkomst is gesloten. De psychologen en orthopedagogen worden betaald via de dienst of instelling waarmee in toepassing van artikel 6 een overeenkomst is gesloten.

**§ 3.** Voor de andere gezondheidszorgbeoefenaars of hulpverleners dan deze bedoeld in paragraaf 2 die deelnemen aan het overleg kan de dienst of instelling waarmee in toepassing van artikel 6 een overeenkomst is gesloten één gezamenlijke tegemoetkoming aanrekenen. De dienst of instelling waarmee in toepassing van artikel 6 een overeenkomst is gesloten maakt voorafgaand duidelijke afspraken met de betrokken gezondheidszorgbeoefenaars of hulpverleners over de verdeling van deze tegemoetkoming.

**§ 4.** Het forfait voor deelname aan het overleg mag per overleg maximum vier keer worden aangerekend.

**Art. 15. §1** De tegemoetkoming voor deelname aan het overleg is enkel verschuldigd als:

1° voldaan wordt aan de voorwaarden van de doelgroep;

2° het begeleidingsplan wordt opgemaakt en/of opgevolgd;

3° minstens drie verschillende gezondheidszorgbeoefenaars of hulpverleners aanwezig waren waarvan minstens één uit de sector geestelijke gezondheidszorg en één uit de eerstelijnsgezondheidszorg;

4° in het begeleidingsplan minstens drie taakafspraken omschreven worden voor de gezondheidszorgbeoefenaars of hulpverleners; hiervan is er minstens één voor een gezondheidszorgbeoefenaar of hulpverlener uit de sector geestelijke gezondheidszorg.

5° Een tweede overleg dient gepland te zijn binnen de 12 maanden na het eerste overleg.

**§2** Indien tijdens het eerste overleg rond de patiënt blijkt dat er slechts taakafspraken zijn voor minder dan drie diensten/instellingen of individuele gezondheidszorgbeoefenaars dan is de tegemoetkoming voor deelname aan het overleg verschuldigd als:

1° voldaan wordt aan de voorwaarden van de doelgroep,

2° minstens drie verschillende gezondheidszorgbeoefenaars of hulpverleners aanwezig waren waarvan minstens één uit de sector geestelijke gezondheidszorg en één uit de eerstelijnsgezondheidszorg;

3° in het begeleidingsplan de opdracht(en) van die één of twee dienst/instelling/individuele gezondheidszorgbeoefenaar worden opgenomen.

Het is niet toegelaten voor eenzelfde patiënt binnen het jaar twee keer een eerste overleg te factureren zonder dat er een begeleidingsplan opgesteld wordt waarbij taakafspraken worden toevertrouwd aan minstens drie verschillende gezondheidszorgbeoefenaars of hulpverleners, waarvan minstens één uit de sector geestelijke gezondheidszorg.

#### Hoofdstuk V - Algemene bepalingen

**Art. 16.** De in artikel 6 bepaalde overeenkomst zullen de volgende elementen worden gepreciseerd:

1° de regels voor facturering van de in dit besluit bepaalde tegemoetkomingen;

2° de documenten waarover de dienst of instelling waarmee in toepassing van artikel 6 een overeenkomst is gesloten dient te beschikken voor het controleren van de voorwaarden voor facturatie;

3° de informatie die jaarlijks aan het Verzekeringscomité dient te worden bezorgd onder de vorm van een jaarverslag;

4° opzeggingsmodaliteiten van de overeenkomst.

**Art.17.** De tegemoetkomingen voorzien in dit besluit kunnen per patiënt maximaal drie keer per jaar aangerekend worden. Een jaar begint op de datum van het eerste overleg.

**Art. 18. §1** Cumul van de tegemoetkomingen voor de referentiepersoon en voor deelname aan overleg bepaald in de artikelen 11 en 14, §1 is mogelijk.

**§2** Cumul van de tegemoetkomingen voor organisatie en coördinatie van overleg en voor deelname aan overleg bepaald in de artikelen 9 en 14, §1 is enkel toegelaten in toepassing van artikel 14, §3.

**§3** De tegemoetkomingen bepaald in dit besluit zijn niet cumuleerbaar met de vergoedingen bepaald in het koninklijk besluit van 14 mei 2003 tot vaststelling van de verstrekkingen omschreven in artikel 34,

eerste lid, 13°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

**§4** De tegemoetkomingen bepaald in dit besluit zijn niet aanrekenbaar voor personen die verblijven in een psychiatrisch verzorgingstehuis.

**§5** Patiënten die ten laste genomen worden in een therapeutisch project FOR-K gefinancierd door de FOD Volksgezondheid, komen niet in aanmerking voor de tegemoetkomingen bepaald in dit besluit.

**§6** De tegemoetkoming voor de referentiepersoon bepaald in artikel 12 kan niet aangerekend worden voor personeelsleden die werkzaam zijn in een ziekenhuis dat actief betrokken is een project in het kader van artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen.

**Art. 19.** Indien het overleg een patiënt betreft die geen rechthebbende is van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, worden de tegemoetkomingen zoals bedoeld in dit koninklijk besluit door de verstrekker zoals bedoeld in artikel 6, aangerekend aan het Riziv.

**Art. 20.** De tegemoetkomingen voorzien in dit besluit worden elk jaar geïndexeerd op 1 januari op grond van de evolutie tussen 30 juni van het voorlaatste jaar en 30 juni van het vorige jaar, van de waarde van de gezondheidsindex bedoeld in artikel 1 van het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

#### Hoofdstuk VI - Slotbepalingen

**Art. 21.** Het koninklijk besluit van 22 oktober 2006 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van de therapeutische projecten inzake geestelijke gezondheidszorg, wordt opgeheven.

**Art. 22.** Art. 22. Dit besluit treedt in werking op 1 april 2012.

**Art. 23 .** De Minister bevoegd voor Sociale zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te,

VAN KONINGSWEGE :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen

Laurette ONKELINX

# SEL



# Inhoudsopgave

---

## SEL

- Eerstelijnsdecreet 3 maart 2004

3 maart 2004. — Decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders

- Zorgregiodecreet 2 december 2008

Decreet tot wijziging van het decreet van 23 mei 2003 betreffende de indeling in zorgregio's en betreffende de samenwerking en programmatie van gezondheidsvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen.

- BVR SEL's 19 december 2008

Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg

- Woonzorgdecreet 13 maart 2009

Woonzorgdecreet van 13 maart 2009

**GEMEENSCHAPS- EN GEWESTREGERINGEN**  
**GOUVERNEMENTS DE COMMUNAUTE ET DE REGION**  
**GEMEINSCHAFTS- UND REGIONALREGIERUNGEN**

**VLAAMSE GEMEENSCHAP — COMMUNAUTE FLAMANDE**

**MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP**

N. 2004 — 1367

[C — 2004/35536]

**3 MAART 2004. — Decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg  
en de samenwerking tussen de zorgaanbieders (1)**

**MEMORIE VAN TOELICHTING**

Dames en heren,

Op mondiaal vlak werd voor het eerst invulling gegeven aan het begrip 'primary health care' tijdens de conferentie van de Wereldgezondheidsorganisatie te Alma Ata in 1976.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) omschrijft dit begrip (primary health care) als volgt : essential health care made accessible at a cost the country and community can afford, with methods that are practical, scientifically sound and socially acceptable. Primary health care is the central function and main focus of a country's health system, the principal vehicle for the delivery of health care, the most peripheral level in a health system stretching from the periphery to the centre, as a integral part of the social and economic development of a country.

'Primary health care' werd en wordt dus beschouwd als essentiële gezondheidszorg die financieel toegankelijk wordt gemaakt en die methoden hanteert die wetenschappelijk onderbouwd, maatschappelijk aanvaard en praktijkgericht zijn.

Ofschoon de WGO momenteel deze concepten en begrippen, die inmiddels al een kwarteeuw oud zijn, aan een herziening onderwerpt, blijven de vermelde kenmerken overeind en actueler dan ooit.

De WGO definitie van 'primary health care' is echter ruimer dan wat wij doorgaans verstaan onder 'eerstelijnsgezondheidszorg'. Ook omwille van het specifiek karakter van de Vlaamse beleidscontext is een eigen definitie in dit ontwerp van decreet onontbeerlijk.

Fundamenteel in het Vlaams zorglandschap is de centrale plaats van de gebruiker met zijn rechtmatige noden en behoeften. De zorg moet hieraan beantwoorden en de verschillende zorgvormen moeten naadloos op elkaar zijn afgestemd en een adequaat antwoord bieden op de evoluerende noden en behoeften.

De eerstelijnsgezondheidszorg vormt een essentiële component in het Vlaams gezondheidsbeleid, zoals aangestipt in actuele beleidsdocumenten. Door dit ontwerp van decreet wordt deze visie bekrachtigd en effectief uitgebouwd.

In het Regeerakkoord van de Vlaamse Regering (1999) wordt het belang van de eerstelijnsgezondheidszorg, en in het bijzonder van de thuisgezondheidszorg, onderstreept.

De beleidsnota van januari 2000 stelt, in overeenstemming met de WGO-visie, dat de eerstelijnsgezondheidszorg de basis vormt van de gezondheidszorg. Versterking ervan is noodzakelijk. Een monodisciplinaire organisatie van het zorgaanbod met alleenwerkende zorg- en hulpverleners ruimt meer en meer plaats voor georganiseerde samenwerkingsverbanden. Deze evolutie is ontstaan zowel vanuit de vraag- als vanuit de aanbodzijde.

Een monodisciplinair aanbod voldoet immers niet steeds, zeker waar het gaat om complexe zorgsituaties en de zorgverstrekkers van hun kant kiezen meer en meer voor een organisatie die hen toelaat om hun professionele taken beter te combineren met hun gezins- en sociaal leven.

De complementariteit van de verschillende actoren moet beter benut worden door het stimuleren van overleg, taakafspraken, gegevensuitwisseling en netwerkvorming. Hierbij is het belangrijk het lokaal gezondheidsoverleg verder aan te moedigen en te ontwikkelen en het multidisciplinair functioneren van de zorgverstrekker te versterken. Naast behandelingen moet hij ook preventieve zorg aanbieden en zorg op maat garanderen via netwerkvorming.

De Vlaamse regering is krachtens de bijzondere wet van 8 augustus 1980 op de staatshervorming bevoegd om regeland op te treden inzake de zorgverstrekking buiten de ziekenhuizen.

Het protocol van 25 juli 2001 met betrekking tot de eerstelijnszorg, dat werd afgesloten tussen de Federale regering en de gemeenschapsregeringen (bedoeld wordt de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet), beschrijft de engagementen van deze betrokken overheden.

Het doel van dit protocol is een betere zorgverlening binnen de eerstelijnsgezondheidszorg aan te bieden. Daarbij wordt uitgegaan van het principe dat de zorg zich moet aanpassen aan de gebruiker en niet omgekeerd.

Zo engageert de Federale overheid zich in dit protocol ondermeer om uitvoering te geven aan artikel 5, § 1 van de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wet op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging, gewijzigd door de wet van 8 augustus 1980, het koninklijk besluit nr. 59 van 22 juli 1982 en de wet van 25 januari 1999 dat de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT) regelt. Deze diensten functioneren binnen een afgebakend gebied en beantwoorden aan een aantal kenmerken : minstens huisartsen en verpleegkundigen vertegenwoordigen; de samenwerking tussen de zorgverstrekkers bevorderen; structureel samenwerken met thuisvervangende voorzieningen; activiteiten registreren en multidisciplinaire en gebruikergerichte samenwerking organiseren en ondersteunen (o.a. taakafspraken, zorgplan, evaluatie zelfredzaamheid). Inmiddels werd deze verbintenis gerealiseerd door het koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging en het ministerieel besluit van 17 juli 2002 houdende vaststelling van de programmacriteria voor de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging.

De Vlaamse overheid van haar kant engageert zich in het vermelde protocol ondermeer om :

- de zorgzones te bepalen en erover te waken dat deze het ganse grondgebied bestrijken;
- de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging te erkennen;
- wetgeving op te stellen die toelaat bijkomende opdrachten te enten op de werking van de GDT's.

Het voordigend ontwerp van decreet, en in het bijzonder het hoofdstuk IV over de samenwerkingsinitiatieven 'eerstelijnsgezondheidszorg' samen met het decreet betreffende de indeling in zorgregio's en betreffende de samenwerking en programmering van gezondheidsvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen van 23 mei 2003, beogen dit engagement vanwege de Vlaamse overheid te realiseren. Beide ontwerpdecreten en hun uitvoeringsbesluiten zullen een adequate afstemming met de regelgeving inzake de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging mogelijk maken.

Dit ontwerp van decreet wil ook de aanzet vormen tot optimalisering van de zorgprocessen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Daartoe worden in hoofdstuk II de opdrachten, doelstellingen en werkingsbeginselen van de eerstelijnsgezondheidszorg besproken.

Eerstelijnsgezondheidszorg wordt subsidiair verleend in het kader van een zorgcontinuüm. Dit wil zeggen dat de zorg wordt verleend op het laagst mogelijk niveau dat voldoende kwaliteit waarborgt.

De eerstelijnszorg wordt gekenmerkt door twee soorten activiteiten : gebruikersgebonden activiteiten en activiteiten die eerder organisatorisch van aard zijn.

Gebruikersgebonden activiteiten situeren zich doorgaans op het niveau van de praktijkvoering, waar het individueel contact tussen de gebruiker en de verstrekker plaatsvindt en, zonedig, multidisciplinair overleg tussen verschillende zorgaanbieders rond de gebruiker kan plaatsgrijpen.

Ondersteuning van deze activiteiten wordt mogelijk gemaakt door erkenning en subsidiëring van samenwerkingsverbanden op niveau van de praktijkvoering, partnerorganisaties en samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL).

Activiteiten die eerder organisatorisch van aard zijn, betreffen het afstemmen van de zorg op de noden van de zorg- en hulpvragers in het algemeen en het onderling afstemmen van de werkingen van de verschillende zorgaanbieders, het organiseren van navorming, het uitwerken van communicatiemodellen, het verlenen van informatie, enzovoort. Hiervoor is het nodig de verschillende zorgaanbieders van een bepaald werkgebied te groeperen. Deze activiteiten zijn gestueerd op het niveau van de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg die eveneens kunnen ondersteund worden door partnerorganisaties.

Door in hoofdstuk III de mogelijkheid te voorzien om samenwerkingsverbanden op niveau van de praktijkvoering onder bepaalde voorwaarden te erkennen en te subsidiëren beoogt dit ontwerp van decreet de eerstelijnsgezondheidszorg te versterken. Het is niet de bedoeling een of andere vorm van samenwerking op te leggen, maar wel de ruimte te creëren om een waaier van samenwerkingsvormen mogelijk te maken en deze waar nodig en mogelijk te ondersteunen. De verschillende zorgverstrekkers actief in de eerstelijnsgezondheidszorg kunnen hiervoor in aanmerking komen.

Hoofdstuk IV van dit ontwerp van decreet betreft de Samenwerkingsinitiatieven Eerste Lijnsgezondheidszorg (SEL's). Zij vormen een hoeksteen van dit ontwerp van decreet. Deze samenwerkingsinitiatieven overstijgen het praktijkniveau en richten zich vooral op de organisatorische activiteiten eigen aan de eerstelijnsgezondheidszorg. In die zin beogen zij de samenwerking te bevorderen tussen alle zorgaanbieders actief in de eerstelijnszorg, tussen de zorgaanbieders en gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers en tussen de organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod. SEL's zijn verenigingen die onder meer aan volgende kenmerken moeten beantwoorden :

- minstens de diensten voor gezinszorg, de huisartsen, de lokale dienstencentra, de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, de rusthuizen ongeacht ze RVT bedden hebben, de verpleegkundigen en vroedvrouwen, en de ziekenfondsdiensten vertegenwoordigen;
- de samenwerking tussen de zorgaanbieders bevorderen;
- structureel samenwerken met thuisvervangende voorzieningen;
- activiteiten registreren;
- multidisciplinaire en gebruikersgerichte samenwerking organiseren en ondersteunen (o.a. taakafspraken, zorgplan, evaluatie zelfredzaamheid).

Met het oog op een vereenvoudiging en vermindering van de structuren worden alle in het bovenvermelde protocol bedoelde opdrachten van de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging, uitgevoerd door de SEL's en worden de taken van de reeds bestaande samenwerkingsinitiatieven in de thuisverzorging (SIT's) eveneens opgenomen door de SEL's.

Toch wordt er een nieuwe benaming gegeven aan deze structuren om een aantal redenen. De term 'samenwerkingsinitiatief in de thuisverzorging' omvat onvoldoende alles wat onder de eerstelijnsgezondheidszorg wordt verstaan. Om dezelfde reden wordt de term 'geïntegreerde dienst voor thuisverzorging' niet geschikt geacht. Daarbij komt dat dienst voor thuisverzorging' te veel de indruk geeft dat de dienst zelf zorgen zal toedienen. Dit is evenwel niet de bedoeling.

De SEL's zijn gericht op het optimaliseren van de zorg. Ze fungeren als aanspreekpunt van de eerste lijn in de zorgregio voor de verschillende zorgaanbieders in de eerste lijn, de overheid, de hulpverleners in de tweede lijn en de burgers.

Een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg functioneert op een kleinschalig niveau dicht bij de burger. De goede samenwerking tussen de plaatselijke vertegenwoordigers van zorgaanbieders, waaronder de lokale dienstencentra (LDC) en O.C.M.W.'s, is hierbij zeer belangrijk.

Een essentieel element om tot een effectieve en efficiënte organisatie van de eerste lijn te komen, is een sluitende indeling van het Vlaamse Gewest en het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest in zorgregio's. De indeling moet zodanig zijn dat er blinde vlekken' noch overlappingsen' bestaan. Bij het bepalen van de zorgregio's moet rekening worden gehouden met een referentiekader dat uitgaat van sociaal-geografische realiteiten.

Het is de bedoeling dat ook de preventieve netwerken, met name de LOGO's (LOcoregionaal Gezondheidsoverleg en Organisatie) zich in de toekomst afstemmen op deze indeling in zorgregio's zodat hun werkingsgebied samenvalt met dat van enkele SEL's.

Hoofdstuk V regelt de eerder genoemde partnerorganisaties'. Dit zijn organisaties met rechtspersoonlijkheid, erkend door de Vlaamse overheid, die als centrum van expertise fungeren omwille van minstens één van de hiernavolgende competenties :

a) de deskundigheid om ondersteuning te bieden aan samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg, netwerken, zorgaanbieders, gebruikers, mantelzorgers of vrijwilligers die actief zijn in de eerstelijnsgezondheidszorg;

b) het aanleveren van gegevens inzake gezondheidszorg.

Met deze erkende partnerorganisaties kan de Vlaamse overheid duurzame samenwerkingsverbanden sluiten die worden geconcretiseerd in een beheersovereenkomst die toegang geeft tot subsidiëring.

Kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg veronderstelt een wetenschappelijke onderbouwing van de werkmethoden. Om deze betrachting mee te helpen realiseren, zullen die partnerorganisaties erkend en ondersteund worden die blijf geven van een wetenschappelijke ingesteldheid en een betekenisvolle bijdrage kunnen leveren aan de kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Oorspronkelijk regelde een VI<sup>e</sup> hoofdstuk de ziekenfondsdienst voor maatschappelijk werk en woonondersteuning. Het ging hier om de werking van één van de zorgaanbieders, actief op de eerste lijn. Het advies van de Vlaamse Gezondheidsraad (VGR) van 15/10/2002 stelt evenwel dat het niet gepast is dat de ziekenfondsdiensten in dit ontwerp van decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg worden geregeld. Om die reden worden deze diensten in andere regelgeving opgenomen. Dit betekent evenwel niet dat hiermee het belang van het maatschappelijk werk voor de (eerstelijns)gezondheidszorg wordt genegeerd, wel integendeel. Daarom wordt in dit decreet een duidelijke link gelegd met deze diensten.

In de volgende hoofdstukken wil het decreet een aantal instrumenten vastleggen om een goede, transparante relatie te garanderen tussen de Vlaamse overheid en de eerstelijnsgezondheidszorg, de samenwerkingsverbanden op praktijkniveau, de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en de partnerorganisaties.

Ook de overheid wenst haar beleid zo veel mogelijk te baseren op wetenschappelijk onderbouwde gegevens en stellingen. Om dit mogelijk te maken, moet de overheid kunnen beschikken over een aantal relevante en geaggregeerde gegevens aangeleverd door de zorgaanbieders. Dit decreet voorziet in de mogelijkheid om ook daaromtrent afspraken te maken en gegevensstromen te doen ontstaan. Tegelijk wordt, door een operationeel informatiesysteem, geregeld dat de zorggegevens de gebruiker volgen en waar nodig en met oog voor de privacy, ook beschikbaar zijn voor de andere zorgaanbieders.

Een erkenning van overheidswege geeft uiting aan het publieke vertrouwen dat aan een organisatie of zorgaanbieder wordt geschonken en kan, in welbepaalde gevallen, het licht op groen zetten voor een subsidiëring. Publiek vertrouwen moet verdiend worden en daarom hebben erkende en/of gesubsidieerde zorgaanbieders ook de plicht om verantwoording af te leggen, niet alleen over de aangewende middelen, maar ook over de resultaten van hun werking.

Tenslotte regelt dit decreet de administratieve sancties en de procedures inzake erkenning en schorsing en intrekking van de erkenning en bevat het overgangsbepalingen en bepalingen met betrekking tot de inwerkingtreding.

#### Artikelsgewijze bespreking :

**Artikel 1.** Krachtens de bijzondere wet van 8 augustus 1980 op de staatshervorming is de Vlaamse regering bevoegd om regeland op te treden inzake de zorgverstrekking buiten de ziekenhuizen.

**Art. 2.<sup>1</sup>** De term begeleidingsplan onderscheidt zich van wat bedoeld wordt met een zorgplan (zie verder). Een begeleidingsplan is een werktuig dat gebruikt wordt binnen een bepaalde setting'. Elementen hieruit worden ingebracht in een eventueel multidisciplinair overleg dat op zijn beurt kan leiden tot een zorgplan.

**3<sup>e</sup>** De gebruiker staat centraal in de gezondheidszorg. Hij is de persoon die het voorwerp uitmaakt van de eerstelijnszorg. Gezien in dit decreet ook de samenwerking met de niet strikt medische sector beoogd wordt is gekozen om de term 'gebruiker' te hanteren in de plaats van 'patiënt'. Het is evenwel niet de bedoeling om door deze terminologie het eventuele consumptiegedrag te accentueren.

**4<sup>e</sup>** De gehanteerde definitie beschouwt de eerstelijnsgezondheidszorg als een deel van de gezondheidszorg. Zij is complementair aan andere segmenten van het zorgaanbod waarmee ze een zorgcontinuüm vormt.

Ze wordt zowel door huisartsen, verpleegkundigen als door paramedici verleend. Andere deskundige personen of instanties vergemakkelijken deze zorg.

De toegang tot het zorgaanbod verloopt bij voorkeur via de eerstelijnsgezondheidszorg.

Kenmerkend voor de eerstelijnsgezondheidszorg is dat ze gesitueerd is buiten het ziekenhuis en de zorg aanbiedt vanuit een holistische, niet functie-, leeftijd-, techniek-, of orgaangespecialiseerde invalshoek.

Eerstelijnsgezondheidszorg staat in voor de eerste deskundige opvang van gebruikers die zich aanbieden of naar haar verwezen worden, ook voor de behandeling en de continue begeleiding, en voor het voorkomen van het ontstaan of het verergeren van gezondheidsproblemen. Deze activiteiten kunnen door de verstrekkers van de eerste lijn zelf gebeuren of door een ander segment van het zorgaanbod in afspraak met de verstrekker van de eerste lijn.

In haar advies van 15 oktober 2002 stelde de Vlaamse gezondheidsraad (VGR) volgende definitie voor : « basisgezondheidszorg, toegankelijk voor alle individuen en families in een gemeenschap, met voor hen aanvaardbare middelen, met hun volledige medewerking, en aan een kost die de gemeenschap en het land zich kunnen veroorloven. Het maakt integraal deel uit van 's lands gezondheidszorgsysteem, waarvan het de kern vormt, en van de algemene socio-economische ontwikkeling van de gemeenschap. Eerstelijnsgezondheidszorg kan verstrekt worden door huisartsen, thuisverpleegkundigen, of andere professionelen met een specifieke opleiding ». In zijn globaliteit is dit voorstel, hoe waardevol ook, niet weerhouden, en wel om volgende redenen :

- basisgezondheidszorg wordt niet verder uitgelegd;
- wat wordt bedoeld met 'in een gemeenschap' is niet duidelijk;
- de verwijzing naar 'aanvaardbare middelen' en aan een kost die de gemeenschap zich kan veroorloven' verwijst naar de problematiek van de terugbetaling van de medische kosten, welke een Federale bevoegdheid is;
- de verwijzing naar 'het land' en 's lands' gaat de bevoegdheden van de decreetgever te buiten;
- de relatie tot de 'socio-economische ontwikkeling van de gemeenschap' is te onduidelijk en te weinig relevant voor wat met dit ontwerp van decreet beoogd wordt;
- het is niet zo dat alle professionelen in de eerstelijnsgezondheidszorg een opleiding hebben die specifiek is voor de eerstelijnsgezondheidszorg (vb. kinesisten, apothekers, diëtisten ...);

Om deze redenen wordt de door de VGR voorgestelde definitie minder operationeel geacht, wetende dat ook de nu gebruikte definitie wellicht haar tekortkomingen heeft.

5° De evaluatie van het zelfzorgvermogen geeft dus onrechtstreeks een gradatie weer van de ernst van de zorgbehoefte. Op zich spreekt deze evaluatie zich niet uit over de aard van de zorg die nodig wordt geacht, maar kan de evaluatie van het zelfzorgvermogen wel kaderen in een ruimer model waarbij de zorgnood wel wordt gedefinieerd en waarbij eventueel ook wordt bepaald in hoeverre die zorg kan worden gefinancierd, hetzij ten aanzien van de gebruiker of mantelzorg, hetzij ten aanzien van de organisatie, dienst of persoon die de zorgen verleent.

6° Hier wordt vertrokken van de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie, daterend uit 1948, wetende dat deze te weinig de nadruk legt op het dynamisch karakter van het begrip 'gezondheid', zoals dit heden algemeen aanvaard wordt. De gebruikte definitie heeft echter de blijvende verdienste aandacht te vragen voor de subjectieve elementen (welbevinden) in een holistische benadering van gezondheid.

In haar advies van 15 oktober 2002 stelt de Vlaamse gezondheidsraad (VGR) voor om de definitie van gezondheid te vervangen door : « toestand van optimaal lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden bij de mens, en niet enkel de afwezigheid van ziekte of handicap ».

Toch is er niet voor gekozen deze aanpassingen op te nemen. De definitie van het ontwerp van decreet stelt het welbevinden van het individu (of een groep) centraal. De toevoeging van 'optimaal' zou betekenen dat deze subjectieve vaststelling van 'welbevinden' door een derde (de gemeenschap ? de overheid ?) zou worden afgewogen, alsof deze derde zou bepalen wat als een aanvaardbaar of voldoende geacht niveau van welbevinden kan worden beschouwd. Het is niet de bedoeling de indruk te wekken dat het individu niet zelf kan bepalen wat welbevinden inhoudt. Daarom wordt de notie 'optimaal welbevinden' niet gebruikt.

De door de VGR voorgestelde definitie gaat, door het vermelden van « en niet enkel de afwezigheid van ziekte of handicap », terug naar de oorspronkelijke definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie. Tot voor de tijd dat deze definitie tot stand kwam werd gezondheid veelal gedefinieerd als een « afwezigheid van ziekte of handicap ». De Wereldgezondheidsorganisatie had de grote verdienste om deze 'negatieve' omschrijving om te buigen naar een positieve formulering vertrekkend van een holistisch mensbeeld. De toevoeging « en niet enkel de afwezigheid van ziekte of handicap » was in die tijd belangrijk om het vernieuwende te accentueren. Momenteel echter heeft deze toevoeging geen inhoudelijke meerwaarde meer, wel integendeel. De toevoeging zou immers kunnen suggereren dat een persoon met een ziekte of handicap zich niet kan bevinden in een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden.

7° Met doeltreffendheid wordt bedoeld : de mate waarin een bepaald doel bereikt is.

Onder doelmatigheid wordt verstaan : een afweging van de baten ten opzichte van de moeite (kosten) die er moet worden gedaan om deze baten te realiseren. Doelmatigheid is het vermijden van verspilling van geld, materialen, werkkraft, tijd en energie. Doelmatigheid is ook het voorkomen van ongevallen, ongewenste effecten, nevenwerkingen en omvat dus ook de elementen veiligheid en duurzaamheid.

De continuïteit van de zorg houdt in dat de zorg ononderbroken en in samenhang (naadloos) wordt aangeboden. Ook het bewaken en in perken houden van wachttijden, doorstroomtijden en toetredingstijden (bijvoorbeeld wachtlijsten) zijn hierbij van belang.

De maatschappelijke aanvaardbaarheid houdt in dat bij het verlenen van zorg de voorziening dient na te gaan of de zorg die men voorstelt, aanvaard wordt door de maatschappelijke omgeving van de gebruiker en door de ruimere maatschappij.

Specifiek met betrekking tot de zorg van artsen mag « maatschappelijke aanvaardbaarheid van de zorg » niet zo worden geïnterpreteerd dat dit afbreuk zou doen aan de diagnostische en therapeutische vrijheid van de arts, zoals die ondermeer door de artikelen 11 en 12 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, door artikel 130, § 1, tweede lid, van de bij koninklijk besluit van 7 augustus 1987 gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en door artikel 73 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen is gewaarborgd. Het ontwerp van decreet beoogt ook op geen enkele wijze de uitoefening zelf, in de strikte zin van het woord, van de geneeskunde, de verpleegkunde of van de andere gezondheidsberoepen, te regelen.

Verantwoorde zorg is gebruikersgericht, d.w.z. dat die zorg zich oriënteert op de noden, behoeften en waarden van de gebruiker en respect toont voor de gebruiker als mens.

8° De mantelzorg onderscheidt zich van de vrijwilliger. Beiden verlenen ze niet-medische zorg in het kader van activiteiten van het dagelijks leven. Dit gebeurt ter aanvulling van de zelfzorg die op bepaalde aspecten niet (meer) blijkt te voldoen. De zorg wordt niet beroepshalve aangeboden. Toch gaat het in essentie niet om occasionele hulp, zoals bijvoorbeeld eerste hulp bij een ongeval (EHBO). Uiteraard betekent dit niet dat een mantelzorg geen EHBO zou kunnen toedienen. Specifiek voor de mantelzorg is dat de zorg verleend wordt vanuit een voorafbestaande sociale of emotionele individuele band met de betrokkene. De hulp van de mantelzorg wordt thuis aangeboden, maar in een aantal omstandigheden kan dit ook daarbuiten gebeuren.

In haar advies van 15 oktober 2002 stelt de Vlaamse gezondheidsraad (VGR) voor om de definitie van mantelzorg te vervangen door : « elke natuurlijke persoon die op een niet-professionele basis, noch in een georganiseerd verband, hulp en bijstand biedt aan een gebruiker ». Op dit voorstel wordt niet ingegaan om de volgende redenen :

- de toevoeging 'natuurlijke' is overbodig omdat een persoon die een sociale en emotionele band heeft met een gebruiker, niet anders dan een natuurlijke persoon kan zijn;
- het begrip 'niet-professionele basis' is minder geschikt dan 'niet beroepshalve' omdat een mantelzorg wel degelijk zeer professioneel kan tewerk gaan;
- de toevoeging dat de zorg door de mantelzorg niet 'in een georganiseerd verband' kan gebeuren is niet terecht. Vaak zal deze zorg kaderen in een zorgplan dat tot stand komt in multidisciplinair overleg waar ook de gebruiker en de mantelzorg bij betrokken worden (zie artikel 10 § 1, 3°). Dit kan moeilijk als een niet-georganiseerd verband beschouwd worden;
- de formulering 'hulp en bijstand' zegt minder concreet wat juist bedoeld wordt dan 'helpt en ondersteunt in het dagelijks leven'.

9° Bij een meer gespecialiseerd zorgaanbod gaat het om zorg verleend door onder meer artsen-specialisten en ziekenhuizen. Ook andere organisaties, diensten en personen kunnen een gespecialiseerd zorgaanbod hebben. Voorbeelden hiervan zijn de centra voor geestelijke gezondheidszorg die zich, volgens art. 9, § 1, 1° van het decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg van 18 mei 1999, dienen te profileren als tweedelijnsgezondheidsvoorziening, de revalidatiecentra en de diensten die zich toeleggen op de behandeling en hulpverlening bij ernstige

drugsverslavingen. De aard en de omstandigheden van deze zorg bepalen dat het niet om eerstelijnszorg gaat. Vandaar dat bij de vermelding in de tekst van dit gespecialiseerd zorgaanbod er steeds sprake is van een 'meer' gespecialiseerd zorgaanbod. Dit betekent dat, wanneer dit zorgaanbod bedoeld wordt, steeds de afweging tegenover de eerstelijnszorg wordt gemaakt. Het is zeer moeilijk om hieromtrent een limitatieve lijst van organisaties, diensten en personen op te sommen.

Ook vermeldt de definitie dat het zorg is die 'doorgaans' door de betrokken organisaties, diensten en personen wordt verleend. Zo is de zorg door een medische urgentiedienst die iemand thuis gaat reanimeren een gespecialiseerd zorgaanbod, niettegenstaande de huisarts, in bepaalde omstandigheden, ook reanimatietechnieken zal toepassen.

Anderzijds wordt het consultatiebureau van Kind en Gezin, niettegenstaande de arts die er aan verbonden is misschien een kinderarts is, toch beschouwd als een zorgaanbieder en niet als een 'meer gespecialiseerd zorgaanbod' omdat de verleende zorg 'doorgaans' niet door een arts-specialist moet gebeuren.

10° Een partnerorganisatie fungeert als expertisecentrum op vlak van ondersteuning of het aanleveren van gegevens. Deze kern van expertise kan hiervoor een beroep doen op eigen deskundigheid en/of op die van een netwerk. De term partnerorganisatie onderstreept het partnerschap met zowel de overheid als met de te ondersteunen organisaties, diensten of personen. Ook wordt zo de indruk vermeden als zou de expertise van een partnerorganisatie hiërarchisch hoger ingeschat worden dan de expertise van de te ondersteunen organisaties, diensten of personen.

In de definitie van een partnerorganisatie wordt het begrip netwerk vermeld.

In de oorspronkelijke tekst die aan de Vlaamse gezondheidsraad voor advies werd voorgelegd, werd de term netwerk in het decreet zelf gedefinieerd. Gezien deze term verder niet meer in de tekst voorkomt is er voor gekozen hem enkel in de memorie toe te lichten.

Een netwerk kan gedefinieerd worden als een gestructureerde samenwerking van organisaties, diensten of personen, die, omwille van de complexiteit en/of het chronisch karakter van de zorgverlening, gericht is op het ondersteunen van bepaalde aspecten van de zorgverlening. Deze organisaties, diensten of personen kunnen betrokken zijn bij zowel intra- als extramurale zorg. De huidige palliatieve samenwerkingsverbanden zijn hiervan een voorbeeld. Ook zouden bijvoorbeeld netwerken m.b.t. de zorg aan dementerende personen via één of meerdere partnerorganisaties kunnen ondersteund worden via dit decreet. Indien meerdere partnerorganisaties met éénzelfde opdracht, netwerken zouden ondersteunen, dan is het evident dat bij de erkenning van deze partnerorganisaties of in hun beheersovereenkomst, wordt bepaald dat ze een territoriaal afgebakend werkgebied bestrijken dat overeenkomt met het werkgebied van één of meerdere samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL). Het is immers niet de bedoeling dat bij dergelijke ondersteuning SEL's worden opgesplitst. Ook zal er voor worden gezorgd dat alle SEL's door dergelijke partnerorganisaties worden bereikt.

11° Een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg of SEL optimaliseert op gestructureerde wijze de aangeboden zorg voor een bepaald werkgebied door ondermeer de onderlinge samenwerking te bevorderen.

12° Bij de definitie van vrijwilliger kan worden verwezen naar de toelichting bij de mantelzorger. Wel is het bij de vrijwilliger niet essentieel dat de zorg vanuit een voorafbestaande sociale en emotionele band gebeurt. Dit betekent echter niet dat een vrijwilliger geen sociale en emotionele band met de hulpvrager zou hebben. Bij de hier gehanteerde definitie van vrijwilliger worden dus niet die vrijwilligers bedoeld die bijvoorbeeld organisaties ondersteunen, maar geen hulp bieden aan hulpvragers zelf.

13° Woonondersteuning is een begrip dat niet courant wordt gebruikt. Het wordt enkel gedefinieerd om de omschrijving van de ziekenfondsdienst (zie 15°) te verduidelijken.

14° Omdat in het kader van dit decreet het een belangrijk werkingsbeginsel is om het zelfzorgvermogen van het individu zo veel mogelijk aan te moedigen en te verhogen (art 3) is er voor geopteerd toch een definitie van zelfzorg te geven, niettegenstaande dit begrip als een vanzelfsprekendheid wordt aangevoeld. De bedoelde beslissingen en acties en de daarbij aansluitende eigen activiteiten en vaardigheden hebben voornamelijk betrekking op de uitvoering van huishoudelijke activiteiten, de mogelijkheid om sociale contacten te leggen, zich te ontplooiën en zich te oriënteren in tijd en ruimte.

15° Deze ziekenfondsdiensten zijn zorgaanbieders (zie artikel 2, 16°) en ondersteunen dus, samen met anderen, de eerstelijnsgezondheidszorg. Ze staan er voor in dat ten aanzien van de gebruiker passende zorg verleend wordt en doen dit volgens de methoden van het maatschappelijk werk. Dit houdt in dat ze zelf maatschappelijk werk verrichten maar ook dat ze door de methodiek van het maatschappelijk werk de passende zorg door andere disciplines mogelijk maken of vergemakkelijken. Daarnaast verstrekken de ziekenfondsdiensten 'woonondersteuning' (zie 13°). Met name geven zij informatie en advies en stellen ze hulpmiddelen, waaronder personalalarmsystemen, ter beschikking die betrekking hebben op activiteiten van het dagelijks leven. Deze laatste taken hoeven dus niet volgens de methoden en methodieken van het maatschappelijk werk te gebeuren wat dus niet noodzakelijk het inzetten van maatschappelijk werkers vereist. Om die reden wordt in de definitie van 'ziekenfondsdienst' de opdracht 'woonondersteuning' duidelijk onderscheiden van 'het maatschappelijk werk'.

In de eerdere versie van het voorontwerp van decreet, die aan de Vlaamse gezondheidsraad ter advies is voorgelegd, was deze dubbele benadering onvoldoende duidelijk geformuleerd. Om die reden is de benaming van de 'dienst voor maatschappelijk werk' in het kader van de ziekenfondsen' ook vervangen door 'ziekenfondsdienst' en is de definitie aangepast aan de nieuwe situatie.

16° De term zorgaanbieder is een overkoepelend begrip dat zowel de zorgverstrekkers bedoeld in 19° omvat als niet zorgverstrekkers.

De zorgverstrekker verleent zorgen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. De organisaties, diensten en personen die we hieraan toevoegen ondersteunen of vergemakkelijken deze eerstelijnsgezondheidszorg of maken ze mogelijk. Zo maakt een rusthuis de eerstelijnsgezondheidszorg voor de betrokkene mogelijk. Was dat rusthuis er niet, dan zou opname in een van de betrokkene in het ziekenhuis zich opdringen.

Sommige zorgaanbieders bieden activiteiten aan die niet medisch van aard zijn, maar naar de eerstelijnsgezondheidszorg toe wel faciliterend werken, zoals diensten voor gezinszorg bijvoorbeeld. Anderen bieden naast ondersteunende diensten ook bepaalde activiteiten aan met een medisch karakter, bijvoorbeeld de centra voor leerlingenbegeleiding (CLB).

Het gaat om een waaiër van voorzieningen. Zonder volledig te willen zijn kunnen volgende organisaties en diensten aangezien worden als zorgaanbieders zonder dat ze zorgverstrekkers zijn zoals bedoeld in punt 19° :

centra voor algemeen welzijnswerk, diensten voor gezinszorg, lokale dienstencentra, dagverzorgingscentra, centra voor kortverblijf, diensten voor oppashulp, rusthuizen), O.C.M.W.'s (openbare centra voor maatschappelijk welzijn), uitlendingsdiensten voor hulpmiddelen, diensten voor maaltijdbevoeding, klusjesdiensten, ziekenfondsdiensten enzovoort. Eventueel kunnen ook centra voor leerlingenbegeleiding, diensten belast met het medisch toezicht op werknemers en consultatiebureau's van Kind en Gezin als zorgaanbieder beschouwd worden, hoewel deze laatste drie een louter

preventieve opdracht hebben en wellicht via hun vertegenwoordiging in de Logo (Locoregionaal gezondheidsoverleg en organisatie in het kader van het preventieve gezondheidsbeleid) een netwerk zullen vormen met de zorgverstrekkers.

De term zorgaanbieder benadrukt dat een goede eerstelijnsgezondheidszorg een brede invalshoek kent, niet alleen wat betreft de instroom, maar ook op vlak van de zorgverlening zelf.

De omschrijving van zorgaanbieder, omvat evenwel niet de organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod.

17° Het begrip zorgcontinuüm betekent niet alleen een in de tijd naadloos aaneensluiten van verschillende vormen van zorg, maar ook binnen een bepaalde zorgperiode. Zo zal in het laatste geval, bijvoorbeeld in het kader van een poliklinische bevalling en de bijhorende nazorg, een gelijktijdige goede samenwerking tussen verschillende zorgverleners nodig zijn om een zorgcontinuüm te realiseren.

18° Het zorgplan bevat onder andere gegevens verstrekt door de gebruiker en gegevens uit hun respectievelijke begeleidingsplannen van de personen of diensten die rechtstreeks bij de zorg betrokken zijn, de evaluatie van het verminderd zelfzorgvermogen, een omschrijving van de soort zorg die wordt verstrekt en een afsprakenregeling (wie doet wat wanneer). Het zorgplan wordt beschouwd als een schriftelijk communicatiemiddel tussen de gebruiker en iedere persoon die bij de geplande zorg betrokken is en tussen deze personen onderling. De geplande zorg slaat op de zorg die al dan niet beroepshalve wordt verstrekt, dus ook de zorg door mantelzorgers en vrijwilligers.

19° Het betreft hier voornamelijk beroepsbeoefenaars van de gezondheidszorgberoepen zoals bepaald in het koninklijk besluit nummer 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen van 10 november 1967, met uitzondering van de arts-specialist. Ook groeperingen van deze beroepen die gezamenlijk de beroepspraktijk beoefenen zijn hierin begrepen.

Toch is in deze definitie niet verwezen naar het KB nummer 78 omdat het niet de bedoeling is alle daar vermelde gezondheidsberoepen op te nemen als zorgverstrekker. Momenteel handelt het KB nummer 78 over volgende gezondheidsberoepen : geneeskunde (artsen), tandheekkunde en vroedkunde inbegrepen, en de artsijbereidkunde (apothekers) (hoofdstuk I); de kinesithérapie (hoofdstuk I bis); de Verpleegkunde met inbegrip van de Zorgkundige (hoofdstuk I ter) en de paramedische beroepen (hoofdstuk II). Bij de paramedische beroepen horen volgende disciplines : Ambulancier (regeling in voorbereiding); Audicien (regeling in voorbereiding); (KB 6 maart 1997); Diëtist (KB 19 februari 1997); Ergotherapeut (KB 8 juli 1996); (KB 5 februari 1997); (KB 2 juni 1993); Logopedie (KB 20 oktober 1994); (KB 24/11/1997); (KB 15 oktober 2001); (KBK 28 februari 1997).

De Vlaamse regering kan, zonder afbreuk te doen aan het KB nummer 78, voor de toepassing van dit decreet andere disciplines als zorgverstrekker erkennen ongeacht deze al dan niet erkend zijn in het kader van het KB nummer 78. Dit zou bijvoorbeeld voorzien kunnen worden voor de maatschappelijk werkers die geïntegreerd werken binnen groepspraktijken of wijkgezondheidscentra.

De ergotherapeut is niet opgenomen in de opsomming omdat in de praktijk deze functie momenteel vooral ingevuld wordt vanuit de opdrachten van welzijnsvoorzieningen. De Vlaamse regering kan, als dit een meerwaarde heeft, echter de ergotherapeut wel opnemen in de lijst van zorgverstrekkers.

De zorgverstrekkers dienen werkzaam te zijn in de eerstelijnsgezondheidszorg. Dit betekent dus dat bijvoorbeeld een ziekenhuisapotheker of een vroedvrouw werkzaam op een kraamafdeling, in het kader van dit decreet niet als zorgverstrekker worden beschouwd. Een vroedvrouw werkzaam in de eerstelijnsgezondheidszorg staat in voor kraamzorg in de thuisituatie, het betreft dus bijvoorbeeld ook niet een vroedvrouw die louter werkzaam is een preventieve setting.

**Art. 3.** Het eerbiedigen van de keuzevrijheid, vermeld in het tweede lid, betekent echter niet dat er in de toekomst geen regels kunnen afgesproken worden inzake de toegankelijkheid tot bijvoorbeeld (hoog)gespecialiseerde zorg. Door een zorgvuldige zorgindicatiestelling kan bijvoorbeeld overconsumptie worden tegengegaan zodat voldoende capaciteit aan gespecialiseerde zorg overblijft voor die personen die er echt nood aan hebben.

Het eerbiedigen van de keuzevrijheid staat evenmin haaks op het eventueel later invoeren van een reglementering die de gebruiker (financieel) stimuleert om te kiezen voor een huisarts die zijn globaal medisch dossier beheert.

Er wordt ook een beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van de gebruiker. In een gezondheidszorg-systeem waar de gemeenschap ruime middelen besteedt aan de gezondheidszorgorganisatie, is de responsabilisering van alle betrokkenen aangewezen. Naast de verstrekkers en de ziekenfondsen dienen ook de gebruikers hun verantwoordelijkheden op te nemen.

Het advies van de Vlaamse gezondheidsraad (VGR) van 15 oktober 2002 stelt : « De raad gaat weliswaar akkoord met het principe van keuzevrijheid, maar vindt dat dit wel moet genuanceerd worden om inadequate gebruik van voorzieningen (shopping) te vermijden. De raad kan zich vinden in de manier waarop dit in de memorie van toelichting wordt verwoord, en meent dan ook dat de tekst van het decreet meer in overeenstemming hiermee zou moeten geformuleerd worden. Men dient hier preciezer te omschrijven, en er moet duidelijk verwezen worden naar een engagement van de patiënt t.a.v. de zorgverstrekker. De keuzevrijheid van de patiënt moet gaan over een globaal pakket van aanbod dat een bepaalde zorgaanbieder verstrekt, waarbij er ook een engagement is van de patiënt tegenover de zorgverlener, en waarbij vooraf vastgestelde procedureregels bij wijziging van het engagement worden gevolgd. Zoals nu gesteld gaan we niet verder op weg naar een meer georganiseerde en kosteneffectieve zorgverlening ». De VGR adviseerde daarom de laatste zin van het tweede lid van § 1 « De medeverantwoordelijkheid wordt zo veel als mogelijk aangemoedigd. » te vervangen door de huidige tekst : « De medeverantwoordelijkheid van de gebruiker wordt zo veel als mogelijk aangemoedigd, om te komen tot een duurzame en kwaliteitsvolle zorginvulling waarbij samenhang in de zorg en continuïteit in de relatie tussen gebruiker en zorgverstrekker centraal staan ».

Paragraaf twee gaat uit van de noodzaak tot het aanbieden van een zo doeltreffend en doelmatig mogelijke gezondheidszorg. Dit houdt in dat een kwaliteitsvolle zorg moet verleend worden aan een voor de gebruiker en voor de gemeenschap zo gunstig mogelijke kostprijs.

De zorg wordt verleend in een voor de gebruiker vertrouwde omgeving. Dit kan zowel thuis zijn als in een thuisvervangend milieu : bijvoorbeeld een rusthuis of een rust- en verzorgingstehuis. Een belangrijk aspect van de eerstelijnsgezondheidszorg is dat, vooral in de situaties waar de gebruiker zich niet of moeilijk kan verplaatsen, de zorg ook aangeboden wordt in het thuismilieu van de gebruiker.

Het begrip 'toegankelijkheid' in de derde paragraaf van dit artikel dient in de ruime betekenis van het woord te worden gelezen. Dit kadert ook in het 'gelijke kansen beleid' dat de Vlaamse overheid wil voeren en betekent ook dat bij het verstrekken van zorg ook rekening houden wordt met de menselijke diversiteit. Deze slaat onder andere op factoren als cultuur, gender en vermogenstoestand. Rekening houden met en respect opbrengen voor deze factoren sluit aan bij de idee van 'zorg op maat'. Aandacht voor diversiteit impliceert dat voorzieningen werken, handelen en

denken vanuit dit gegeven. Dat uit zich bijvoorbeeld in beleid, methodieken, relatie met gebruikers en omgeving. Om deze gelijke kansen te realiseren is het niet uitgesloten dat positief discriminerende maatregelen kunnen worden overwogen.

**Art. 4.** Dit artikel bevat een niet-limitatieve opsomming van taken die tot de opdracht van de zorgverstrekkers in de eerstelijnsgezondheidszorg behoren. Dit betekent evenwel niet dat deze opdrachten exclusief tot de taken van de eerstelijnsgezondheidszorgverstrekkers behoren. In veel gevallen zal samenwerking met andere zorgaanbieders op de eerste lijn of met gespecialiseerde hulpverleners noodzakelijk zijn om deze taken te realiseren.

Eigen aan de eerstelijnsgezondheidszorg is dat deze eerste deskundige opvang niet voorgeselecteerd is en zich 'ongedifferentieerd' aandient bij de hulpverlener.

Eerstelijnsgezondheidszorg omvat zowel de behandeling van gezondheidsproblemen met een acuut of chronisch karakter, maar ook preventieve gezondheidszorg. De meeste (bevolkingsgericht georganiseerde) primaire en secundaire preventieve acties worden binnen het decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid geregeld. De activiteiten binnen het voordliggend decreet zijn aanvullend aan dit preventiedecreet. Het betreft hier zowel individuele primaire (gezondheidsbevorderend gesprek, gerichte tetanusvaccinatie), secundaire (case-finding, zogenaamde 'opportunistische screening') als tertiaire interventies (het voorkomen van het verergeren van een aandoening).

Binnen de eerstelijnsgezondheidszorg treedt de huisarts op als centrale begeleider van de gebruiker doorheen het gezondheidszorgaanbod, en dit van bij zijn geboorte tot zijn overlijden. Uiteraard wordt met de 'huisarts' hier de functie van huisarts bedoeld en niet het individu, of anders gezegd, de begeleiding kan bijvoorbeeld door verschillende huisartsen tegelijk opgenomen worden in een groepspraktijk of door verschillende huisartsen (praktijken) verspreid in de tijd. De toegankelijkheid van het globaal medisch dossier en het doorgeven ervan is hierbij een belangrijke kwaliteitsverhogende randvoorwaarde.

In het kader van de samenwerking met andere hulpverleners dient aangestipt dat het de bedoeling is te werken volgens het subsidiariteitsprincipe. Hierbij wordt de zorg verstrekt op het minst gespecialiseerde zorgniveau waar de vereiste deskundigheid voorhanden is om kwaliteitsvolle zorg te bieden. Zo zal de hulpverlener in de eerstelijnsgezondheidszorg ook adequaat ingaan op een verwijzing vanuit een meer gespecialiseerd zorgniveau.

Met betrekking tot dit artikel adviseerde de Vlaamse gezondheidsraad op 15 oktober 2002 om § 1 aan te passen door « de volgende taken » te vervangen door « één of meer van de volgende taken ». Deze aanpassing is niet weerhouden omdat ze te inperkend zou kunnen geïnterpreteerd worden: een zorgverstrekker zou zich dan immers kunnen beperken tot slechts één taak. Anderzijds is het ook niet de bedoeling dat elke zorgverstrekker vanuit zijn opdracht in staat kan worden geacht alle vernoemde taken even goed te realiseren. Daarom was reeds § 2 ingelast. Om deze gedachte nog te verduidelijken werd « vanuit hun eigen professionele deskundigheid » vervangen door « in het kader van hun professionele deskundigheid ». Dit betekent dat de taken dienen gerealiseerd te worden voor zo ver zij kaderen in de deskundigheid die normaal mag verwacht worden - vandaar het adjectief 'professionele' - van een zorgverstrekker van de betrokken discipline. Indien de normaal geachte professionele deskundigheid tekort schiet zullen de zorgverstrekkers, zoals § 2 verder bepaalt, andere zorgaanbieders of organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod inschakelen om de taken te realiseren. Om de betrokkenheid van de gebruiker en zijn omgeving te garanderen is bepaald dat het begeleidingsplan en het zorgplan ook op zijn initiatief kan worden opgestart en opgevolgd door de zorgverstrekker. Dit betekent echter niet dat dit een taak is die exclusief aan de zorgverstrekker is toebedeeld.

**Art. 5.** Om ondermeer een goede afstemming mogelijk te maken met andere regelgevingen, wordt bepaald dat de Vlaamse regering nadere regels kan vastleggen met betrekking tot de opdrachten en taken. Dit kan bijvoorbeeld nuttig zijn in het kader van de evaluatie van het zelfzorgvermogen en het opmaken en opvolgen van het zorgplan. Het is niet de bedoeling om de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen zelf te regelen.

Artsen-specialisten behoren niet tot de eerstelijnsgezondheidszorg. In bepaalde situaties, vandaar de omschrijving 'bijzondere omstandigheden', kan het zinvol en wenselijk zijn artsen van bepaalde specialistische disciplines in te schakelen om de eerstelijnsgezondheidszorg mee te helpen realiseren. Zo kan bijvoorbeeld een geriatr een multidisciplinair overleg bijwonen of een psychiater betrokken worden bij het overleg in de psychiatrische thuiszorg. Dit overleg kadert binnen de SEL-werking (artikel 9 § 2 en 10, § 1, 2°). Deze eventuele bijdrage van de arts-specialist kadert in het realiseren van een zorgcontinuüm en doet geen afbreuk aan de positie van de huisarts als spilfiguur van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Het is uitdrukkelijk niet de bedoeling andere organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod dan artsen-specialisten, in bepaalde omstandigheden, een plaats te geven binnen de eerstelijnsgezondheidszorg.

Deze laatste zin is ter verduidelijking toegevoegd na het advies van 15 oktober 2002 van de Vlaamse gezondheidsraad. De VGR stelde voor de tekst van dit artikel te vervangen door: « De Vlaamse Regering kan de modaliteiten uitwerken waaronder artsen-specialisten en andere gespecialiseerde zorgverleners en zorgaanbieders in de tweede en derde lijn, in het kader van een geïntegreerd zorgcontinuüm ondersteunend kunnen optreden voor de eerstelijnsgezondheidszorg. »

Deze tekstaanpassing beoogt volgens de VGR ondermeer de instroom in de gezondheidszorg via de eerstelijnsgezondheidszorg te doen verlopen.

Deze aanpassing werd niet opgenomen omdat het bepalen onder welke modaliteiten de zogenaamde 'tweede en derde lijn' de eerstelijnsgezondheidszorg kan ondersteunen, beter niet geregeld wordt in een decreet dat de regels bepaalt voor de eerstelijnsgezondheidszorg, maar wel in een regelgeving waar regels en normen worden bepaald ten aanzien van de 'tweede en derde lijn'. Dit kan, indien dit nodig zou blijken, bijvoorbeeld gebeuren in uitvoering van het decreet betreffende de indeling in zorgregio's en betreffende de samenwerking en programmering van gezondheidsvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen.



Bijkomende argumenten om de door de VGR voorgestelde tekst niet te weerhouden zijn :

- conform de definitie van zorgaanbieder - deze heeft per definitie een eerstelijnsfunctie - mag deze term niet gebruikt worden om gespecialiseerde zorgvormen aan te duiden.
- 'tweede en derde lijn' is niet gedefinieerd.
- « artsen specialisten en andere gespecialiseerde zorgverleners en zorgaanbieders in de tweede en derde lijn » zou, om coherent te zijn met de rest van het ontwerp, moeten luiden « organisaties, diensten en personen met een gespecialiseerd zorgaanbod ».
- de door de VGR voorgestelde formulering laat veel meer ruimte voor uitzonderingen dan bedoeld is.
- het door de VGR beoogde doel, ondermeer de instroom in de gezondheidszorg via de eerstelijnsgezondheidszorg te doen verlopen, wordt door haar voorstel van aanpassing niet gerealiseerd. In het tekstvoorstel gaat het immers enkel om ondersteuning van de eerste lijn door de hogere echelon's.

**Art. 6.** Diensten en activiteiten die op de individuele gebruiker gericht zijn worden verleend op het praktijkniveau. Dit kan, bijvoorbeeld, zowel de solopraktijk als de groepspraktijk als het wijkgezondheidscentrum zijn. De dienstverlening betreft zowel de louter medische en paramedische zorg, maar ook de individuerichte organisatorische aspecten die daarmee verband houden. Zo verricht een huisarts die met een kinesist overleg pleegt omtrent een gebruiker, een gebruiker-gebonden activiteit.

De diensten en activiteiten van de zorgverstrekkers zijn niet allemaal gericht op de individuele gebruiker. Een aantal ervan overstijgt de colloque singulier en situeren zich op een niveau waar de zorgaanbieders van een bepaalde zorgregio worden gegroepeerd. Een huisartsenkring die bijvoorbeeld met een vereniging van thuisverpleegkundigen in de zorgregio afspraken maakt inzake dringende hulpverlening, verricht een organisatorische activiteit. Deze activiteit situeert zich op het SEL-niveau.

**Art. 7.** Dit artikel wil onderdak bieden aan de verschillende vormen van samenwerking die zich vandaag reeds spontaan manifesteren.

Dit artikel vormt de decretale basis voor de erkenning en subsidiëring van dergelijke samenwerkingsverbanden, zonder bepaalde vormen van samenwerking op voorhand uit te sluiten of als 'beste' naar voor te schuiven.

Door deze erkenning en/of subsidiëring kan ondersteuning worden geboden aan dat aspect van de eerstelijnsgezondheidszorg bedoeld in het eerste lid van paragraaf 2 van artikel 6, namelijk de activiteiten gericht op de gebruiker op het niveau van de praktijkvoering waar het individueel contact met de gebruiker plaatsvindt en waar nodig multidisciplinair overleg omtrent de gebruiker wordt gepleegd.

Een groot deel van de zorgverstrekkers blijft er de voorkeur aan geven zijn beroep solo uit te oefenen. Volgens gegevens van de WVVH werkt ongeveer 70 % van de huisartsen solo en 30 % in een groepspraktijk.

Meer en meer zorgverstrekkers kiezen voor één of andere samenwerkingsvorm. In de meeste gevallen beperkt dit zich tot een associatie van zorgverstrekkers van dezelfde discipline die samen hun beroep uitoefenen in hetzelfde praktijkgebouw. Soms wordt de samenwerking uitgebreid met zorgverstrekkers van een andere discipline.

Sommige zorgverstrekkers werken samen rond bepaalde items zoals praktijkpermanentie, gemeenschappelijk secretariaat en gemeenschappelijk dossierbeheer zonder dat ze zich in een zelfde praktijkgebouw vestigen.

De meest geïntegreerde vorm van multidisciplinaire samenwerking vormen de wijkgezondheidscentra. Momenteel zijn er 8 wijkgezondheidscentra actief in Vlaanderen.

De beoogde vormen van samenwerkingsverbanden worden in het decreet zelf niet besproken. Daar is bewust voor gekozen, enerzijds om het dynamische karakter van de organisatie van dat aspect van de eerstelijnsgezondheidszorg niet in het gedrang te brengen en anderzijds om een maximale afstemming met de eventuele evoluties in de regelgeving door de Federale overheid, mogelijk te maken.

In haar advies van 15 oktober 2002 merkte de Vlaamse Gezondheidsraad op dat dit artikel nogal vaag was. Dit heeft vooral te maken met de in vorige alinea aangehaalde reden. Toch werd gedeeltelijk tegemoet gekomen aan de opmerking van de VGR door in de tekst bij § 3 « kunnen onder meer betrekking hebben op » te vervangen door « hebben ondermeer betrekking op ».

Dit betekent dat, indien de Vlaamse regering samenwerkingsverbanden op niveau van de praktijkvoering erkent, de erkenningsvoorwaarden bepalingen zullen bevatten die betrekking hebben op :

- de juridische vorm (vb. feitelijke vereniging of vereniging zonder winstgevend doel) : de Vlaamse regering kan bepalen welke juridische vorm bepaalde samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering dienen aan te nemen;
- de permanentie van de zorgverlening;
- de graad van multidisciplinaire werking binnen de praktijk of het samenwerkingsverband;
- in welke mate en op welke wijze de gegevens in het individueel gezondheidszorgdossier toegankelijk zijn voor medewerkers die bij de zorgverlening betrokken zijn. Hierbij zal de Vlaamse regering zeker rekening houden met de gevoeligheid van de verschillende gegevens en met de inachtneming van de regelgeving inzake het beroepsgeheim en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer;
- de doelgroep van gebruikers tot wie het samenwerkingsverband zich voornamelijk richt : zo wordt momenteel bepaald dat wijkgezondheidscentra recht hebben op een subsidiëring van infrastructuur indien ondermeer de verhouding van rechthebbenden en gerechtigden met verhoogde verzekeringstegemoetkoming, als bedoeld in artikel 37 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, ten opzichte van het totale aantal bij het centrum ingeschreven rechthebbenden en gerechtigden, hoger ligt dan het landelijk gemiddelde voor de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, na standaardisering voor leeftijd en geslacht;
- de vestigingsplaats van het samenwerkingsverband of de delen er van : zo kan vastgelegd worden dat bepaalde samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering dienen gevestigd te zijn in éénzelfde gebouw terwijl bij andere samenwerkingsverbanden, al dan niet onder bijkomende voorwaarden, een praktijkuitoefening in verschillende gebouwen kan toegelaten worden.

De Vlaamse regering kan evenwel ook erkenningsvoorwaarden bepalen die betrekking hebben op andere zaken dan deze kenmerken.

**Art. 8.** Door deze erkenning en subsidiëring wordt ondersteuning geboden aan dat aspect van de eerstelijnsgezondheidszorg bedoeld in het tweede lid van paragraaf 2 van art. 6, namelijk de activiteiten gericht op de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg die de eigen praktijkvoering overstijgen en gebeuren op een niveau waar de zorgaanbieders binnen een bepaald werkgebied hun werking op elkaar afstemmen.

De erkenning door de Vlaamse regering van samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL's), is een belangrijke hoeksteen van dit decreet. Hun opdrachten, samenstelling en werkgebied worden in de volgende artikelen bepaald.

Het protocol van 25 juli 2001 gesloten tussen de Federale regering en de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet, met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg, bepaalt engagementen van zowel de Federale overheid als de Gemeenschappen/Gewesten.

Zo engageert de Federale overheid zich ondermeer om uitvoering te geven aan artikel 5, § 1 van de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wet op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging, gewijzigd door de wet van 8 augustus 1980, het koninklijk besluit nr. 59 van 22 juli 1982 en de wet van 25 januari 1999 dat de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT) regelt. Inmiddels werd deze verbintenis gerealiseerd door het koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging en het ministerieel besluit van 17 juli 2002 houdende vaststelling van de programma-criteria voor de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging.

De Vlaamse overheid van haar kant engageert zich ondermeer om de zorgzones te bepalen, de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging te erkennen en wetgeving op te stellen die toelaat bijkomende opdrachten te enten op de werking van de GDT's. Het voorliggend ontwerp van decreet, en in het bijzonder het hoofdstuk IV over de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg samen met het ontwerp van decreet betreffende de indeling in zorgregio's en betreffende de samenwerking en programmering van gezondheidsvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen beogen dit engagement te realiseren. Beide ontwerpdecreten en hun uitvoeringsbesluiten zullen een adequate afstemming met de regelgeving inzake de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging mogelijk maken.

**Art. 9.** Dit artikel beschrijft de opdrachten van het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg (SEL). Artikel 10 zet deze opdrachten om in concretere taken.

In § 1 wordt een belangrijk werkingsprincipe vooropgesteld om een optimale zorgverlening aan de gebruiker te verzekeren. Dit werkingsprincipe gaat uit van de optie de gebruiker zo optimaal mogelijk aan de samenleving te laten participeren. Hiervoor zal het SEL maximaal beroep doen op het zelfbeschikkingsvermogen van de gebruiker en zal het SEL zijn zelfredzaamheid en de medeverantwoordelijkheid aanmoedigen en verhogen.

In haar advies van 15 oktober 2002 stelde de Vlaamse gezondheidsraad voor om in § 1 « optimale zorgverlening » te vervangen door « optimale organisatie van de zorgverlening ». Hierop werd niet ingegaan omdat in artikel 9 de opdrachten omschreven worden vanuit een eerder strategisch oogpunt. Dit wordt dan, zoals de aanhef van artikel 10 bepaalt (in uitvoering van), in artikel 10 verder geconcretiseerd in taken die op het operationele vlak liggen. De finaliteit van de opdracht in artikel 9 § 1 is niet de optimale organisatie van de zorgverlening, maar wel degelijk de optimale zorgverlening zelf. De concretisering hiervan wordt uitgelegd in artikel 10 en daaruit blijkt dat de werking van de SEL niet op het niveau van het contact met de gebruiker ligt.

De SEL-opdrachten hebben, binnen het werkgebied van het SEL, betrekking op de volgende thema's die in § 2 worden omschreven :

- initiatieven nemen om het zorgaanbod af te stemmen op de noden;
- het bevorderen van de samenwerking;
- het informeren van de bevolking over het zorgaanbod;
- het fungeren als een neutraal aanspreekpunt.

Onder neutraal aanspreekpunt wordt verstaan een aanspreekpunt dat zich onafhankelijk van belangengroepen en van ideologische, filosofische of godsdienstige strekkingen opstelt.

In haar advies van 15 oktober 2002 stelt de Vlaamse gezondheidsraad dat de SEL geen middelen noch bevoegdheden heeft om het aanbod van zorgaanbieders te wijzigen. Deze opmerking is terecht. Toch kan een SEL initiatieven nemen om het zorgaanbod af te stemmen op de noden, wetende dat deze initiatieven geen dwingend karakter kunnen hebben. Artikel 10 geeft een aantal instrumenten aan om deze algemene opdracht te helpen realiseren. Het fungeren als overlegplatform van zorgaanbieders en het gestructureerd overleg zoals bepaald in artikel 10 § 1, 1° en 2° geeft het SEL de ruimte om de verschillende zorgaanbieders en ook de organisaties, diensten en personen met een gespecialiseerd zorgaanbod te confronteren met de noden van de bevolking in het werkgebied en de eventuele hiaten in het aanbod. Deze confrontatie kan een voldoende uitlokkende factor zijn opdat het aanbod zichzelf zou bijsturen. Het zelf opzetten van samenwerkingsverbanden op uitvoerend niveau door de SEL zelf, zoals de VGR suggereert, behoort evenwel niet tot de prioritaire opdrachten van het SEL. Het SEL zal de samenwerking bevorderen, maar daarom niet zelf als zorgverlenend samenwerkingsverband fungeren. Punt 9° van artikel 10 § 1 geeft het SEL de mogelijkheid om hierover te rapporteren aan de Vlaamse overheid. Ook door het ondersteunen van de multidisciplinaire samenwerking (artikel 10 § 1, 3°) en de bewakingsopdrachten bedoeld in artikel 10 § 1, 4°, 10° en 12° kan het SEL een belangrijke faciliterende rol spelen in het afstemmen van de zorg op de noden. Daarenboven is het de bedoeling om in de regelgeving die betrekking heeft op de diverse zorgaanbieders, waar mogelijk en noodzakelijk, in te schrijven dat zij geacht worden mee te werken aan het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg van het werkgebied waar ze actief zijn.

Het bevorderen van de samenwerking situeert zich op drie niveau's : tussen de zorgaanbieders en gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers; tussen de zorgaanbieders onderling; en tussen de zorgaanbieders en het meer gespecialiseerd zorgaanbod.

Noch het informeren van de bevolking, noch het fungeren als een neutraal aanspreekpunt, noch de initiatieven met betrekking tot de afstemming van het aanbod op de noden betekent dat het SEL optreedt in de plaats van de zorgaanbieders of rechtstreeks tussenkomt in de relatie zorgaanbieder-gebruiker. De vermelde opdrachten overstijgen het niveau van de individuele praktijkvoering.

In § 3 van dit artikel wordt van de SEL's bijzondere inspanningen gevraagd inzake het bevorderen van de toegankelijkheid van de zorg die door de zorgaanbieders wordt aangeboden. Dit betekent ondermeer het drempelverlagend werken naar alle bevolkingsgroepen en veronderstelt uiteraard specifieke aandacht voor bevolkingsgroepen die leven in achterstellingssituaties. Dit begrip werd na taalkundig advies vervangen door achtergestelde situaties. Ook aspecten zoals interculturalisering van de zorg en diversiteit van het aanbod worden beschouwd als elementen van het werken aan een optimale toegankelijkheid.

**Art. 10.** De in dit artikel opgesomde taken zijn niet-limitatief en vormen een minimum pakket. SEL's kunnen op eigen initiatief bijkomende taken op zich nemen op voorwaarde dat ze kaderen in de opdrachten omschreven in artikel 9 en dat ze betrekking hebben op hun werkgebied.

§ 1. 1° De functie overlegplatform voor de zorgaanbieders heeft tot doel het overleg te bevorderen tussen de zorgaanbieders onderling enerzijds en tussen het SEL en de zorgaanbieders anderzijds.

Dit overleg kan plaatsvinden tussen zorgaanbieders van eenzelfde discipline onderling, bijvoorbeeld het ondersteunen van overleg tussen de kinesisten van de zorgregio of tussen de verpleegkundigen van de zorgregio, maar ook het overleg tussen zorgaanbieders van verschillende disciplines. Hier wordt bijvoorbeeld overleg bedoeld tussen de verpleegkundigen, de huisartsen en maatschappelijk werkers.

Het overleg tussen het SEL en de zorgaanbieders (van de eerste lijn) kan bilateraal zijn, bijvoorbeeld tussen het SEL en huisartsen, maar ook multilateraal, bijvoorbeeld tussen het SEL, huisartsen en verpleegkundigen. Hier heeft ook het overleg plaats met thuisvervangende voorzieningen zoals rusthuizen, het overleg met voorzieningen zoals dagverzorgingscentra, centra voor kortverblijf, diensten voor oppashulp, en het overleg met O.C.M.W.'s en LOGO's.

Het fungeren als overlegplatform kan ook eerder een informeel, casuïstisch karakter hebben.

2° Het gestructureerd overleg dat hier bedoeld wordt gaat dieper dan het overleg bedoeld onder 1°, het betreft eerder de probleemanalyse en het zoeken naar oplossingen en afspraakmodellen die op het niveau van de collectieve gebruikersbelangen te situeren zijn.

Daarenboven is dit overleg ruimer dan wat bedoeld is onder het overleg vermeld onder 1°. Het kan betrekking hebben op alle organisaties, diensten en personen wiens optreden een effect kunnen hebben op de eerstelijnsgezondheidszorg.

Zo kan het gaan om overleg met de gebruikers, de mantelzorgers en de vrijwilligers, met het meer gespecialiseerd zorgaanbod en met andere organisaties, diensten en personen.

Zo is het niet ondenkbaar dat lokaal overleg met het buurtopbouwwerk, de politie e.a. nuttig kan zijn.

Ook de organisaties, diensten en personen die klassiek tot de zogenaamde 2° en 3° lijn worden gerekend, zoals centra geestelijke gezondheidszorg, ziekenhuizen, extramurale specialisten, revalidatiecentra en centra voor behandeling van drugverslaafden bijvoorbeeld, kunnen dus bij dit gestructureerd overleg worden betrokken.

Dit gestructureerd overleg moet er ondermeer ook toe leiden de opdracht uit het eerste lid van art. 9 § 2 te realiseren, met name het afstemmen van het aanbod op de noden van de bevolking met inbegrip van het opsporen van hiaten in het aanbod zowel als van een eventueel overaanbod. De resultaten van dit overleg kunnen aanleiding zijn tot een advies aan de Vlaamse overheid zoals bedoeld onder 9°.

3° De taak van het SEL die in dit punt wordt besproken, beantwoordt aan de bijzondere opdracht van de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging (GDT) zoals bepaald in art 9 van het Koninklijk Besluit tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging van 8 juli 2002 : « De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging heeft in het bijzonder als opdracht te waken over het praktisch organiseren en het ondersteunen van zorgverleners bij hun verstrekkingen in het kader van de thuisverzorging en meer in het bijzonder bij :

- a) de evaluatie van de zelfredzaamheid van de patiënt;
- b) de uitwerking en de opvolging van een zorgplan;
- c) de taakafspraken tussen zorgverstrekkers;
- d) het multidisciplinair overleg ter concretisering van voornoemde punten a) tot en met c). »

Deze afstemming maakt het mogelijk dat de SEL het takenpakket van de GDT realiseert, zodat een erkende SEL eveneens kan erkend worden als GDT. Daardoor kan de entiteit GDT volledig samenvallen met de entiteit SEL. Dit voorkomt dat er in Vlaanderen nieuwe structuren moeten worden opgericht.

In het ontwerp van decreet vervangt de term 'zelfzorgvermogen' de term 'zelfredzaamheid' uit het KB. In feite wordt hetzelfde bedoeld, doch vanuit het taalaanvoelen benadrukt 'zelfzorgvermogen' meer wat de betrokkene nog zelf kan en geeft minder de indruk dat hij zich uit een (uitzichtloze) positie moet weten te 'redden'. Ook geeft dit beter weer wat in het Frans (zie tekst KB) 'l'autonomie du patient' wordt genoemd.

In haar advies van 15 oktober 2002 stelt de Vlaamse gezondheidsraad (VGR) voor om « zelfzorgvermogen » te vervangen door « functionele toestand », gezien « zelfzorgvermogen » slechts een beperkt aspect is van de « functionele toestand ». Het beperken van de evaluatie van de chronisch zieke tot zijn zelfzorgvermogen ontnemt de mogelijkheid om ontwikkelingstrajecten uit te werken op basis van een functioneel bilan, zo stelt de VGR verder. Op deze suggestie is echter niet ingegaan omdat de afstemming met het vermelde KB dan minder duidelijk wordt. Ook is het een kwestie van interpretatie te besluiten dat « functionele toestand » beperkender is dan « zelfzorgvermogen ». In elk geval is duidelijk dat de evaluatie van het zelfzorgvermogen en de evaluatie van de functionele toestand slechts onderdelen zijn van het multidisciplinair overleg en het zorgplan dat daaruit voortvloeit. Het is trouwens niet de bedoeling van dit ontwerp van decreet om het zorgproces zelf in al zijn aspecten te regelen of aan voorwaarden te koppelen. De taakomschrijving in dit punt wil enkel het multidisciplinair overleg bevorderen waarbij taakafspraken worden gemaakt en een zorgplan tot stand komt waarbij men minstens uitgaat van het zelfzorgvermogen van de betrokkene.

Multidisciplinaire samenwerking tussen de zorgaanbieders, mantelzorgers en vrijwilligers wordt geconcretiseerd in een zorgplan. De minimale vereisten van dit zorgplan zullen in een uitvoeringsbesluit worden vastgelegd. Ook hier zal een afstemming worden gezocht met Federale initiatieven terzake. Zo is er momenteel een Federale regelgeving in voorbereiding die, onder bepaalde voorwaarden, voorziet in een de financiering vanuit het R.I.Z.I.V. van het multidisciplinair overleg in het kader van geïntegreerde dienst voor thuisverzorging. Uit de voorbereidende teksten blijkt dat het verzekeringscomité van het R.I.Z.I.V. bepalingen voorziet waaraan het zorgplan moet voldoen. Zo zou het zorgplan ondermeer « het functioneel bilan van de activiteiten van het dagelijks leven en van de instrumentele activiteiten van het dagelijks leven » moeten bevatten.

In een zorgplan worden minstens de taakafspraken tussen de zorgaanbieders, mantelzorgers en vrijwilligers genoteerd. Een zorgplan is een communicatiemiddel en ondersteunt als dusdanig de zorgafstemming, zodat deze maximaal tegemoet komt aan de noden van de gebruiker. Vandaar dat ook sprake is van « ... een zorgplan in overleg met de gebruiker ».

Een zorgplan is een dynamisch instrument dat regelmatig dient te worden aangepast aan de evolutie. Om die reden is ook sprake van opvolging van het zorgplan. In wezen is een zorgplan iets anders dan het instrument om het zelfzorgvermogen te bepalen of te evalueren. Wel zal in functie van de graad van verminderd zelfzorgvermogen en van de evolutie ervan het zorgplan moeten worden aangepast. In die zin is er wel een verband tussen de evaluatie van het zelfzorgvermogen en het zorgplan.

Een zorgplan wordt opgemaakt op vraag van de gebruiker. Het is een instrument waarmee de gebruiker zo maximaal mogelijk zelf zijn zorg in handen neemt. In de situaties waar de gebruiker dat onvoldoende zelf kan zal de mantelzorger hem hierbij ondersteunen. De gebruiker of zijn mantelzorger kiest autonoom wanneer op een zorgaanbieder wordt beroep gedaan om het zorgplan op te maken en op te volgen en bepaalt eveneens autonoom wie dit zal doen. In het voorliggend ontwerp van decreet is er doelbewust voor gekozen deze opdracht niet aan één bepaalde zorgaanbieder toe te vertrouwen. In het zorgproces staat de keuze van de gebruiker immers centraal. Elke zorgaanbieder neemt hierbij evenwel zijn verantwoordelijkheid op. Indien meerdere zorgaanbieders in het zorgproces betrokken zijn is zorgafstemming nodig. Bij zwaardere zorgvormen zal in veel gevallen een geschreven zorgplan aangewezen zijn. Het meewerken aan deze zorgafstemming en het werken met een zorgplan behoren tot de normale taken van een zorgaanbieder.

Het ondersteunen van deze gebruikersgerichte samenwerking betekent evenwel ook dat op verzoek van de gebruiker, en wat de aan hem verstrekte zorg betreft, er eveneens wordt samengewerkt met zorgvoorzieningen van buiten het werkgebied van het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg. Dit principe slaat op de individuele hulpverlening en is niet in strijd met het principe dat de taken van het SEL enkel betrekking hebben op het eigen werkgebied van het SEL.

4° Eénduidige richtlijnen voor het opstellen van dit meetinstrument en voor het werken met zorgplannen, moeten nog door de Vlaamse regering uitgewerkt worden. Verschillende zorgaanbieders zullen instaan voor de uitvoering ervan. Het is de bedoeling om op SEL-niveau een dialoog op gang te brengen waarbij het proces van de evaluatie van het zelfzorgvermogen en het werken met zorgplannen, wordt bewaakt.

5° Om tot een dergelijk bestand van alle zorgaanbieders in het werkgebied te komen kan het SEL uiteraard beroep doen op bestaande sociale kaarten en deze waar nodig aanvullen en corrigeren. Dergelijk bestand is slechts waardevol als het ook op een actieve wijze wordt kenbaar gemaakt aan de zorgaanbieders en aan de inwoners van het werkgebied, zijnde de potentiële gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers. De nadruk ligt hier op het informeren van de hele bevolking, bijvoorbeeld via lokale tijdschriften of een website, en niet zozeer op de individuele gebruiker met zijn specifieke zorgvraag. Deze zal de informatie eerder verkrijgen via de zorgaanbieder. Het is niet de bedoeling dat het SEL hier tussenkomt in de individuele relatie zorgaanbieder-gebruiker, tenzij de gebruiker ervaart nood te hebben aan meer informatie terzake.

De Vlaamse overheid kan bepalen op welke wijze de informatie uit deze bestanden, aan haar administratie dient te worden bezorgd.

6° Het SEL stimuleert de zorgaanbieders om te handelen volgens wetenschappelijk verantwoorde praktijkrichtlijnen uitgewerkt door de partnerorganisaties. Daar waar de partnerorganisaties ook opdrachten hebben naar gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers, zal het SEL ook zorgen voor de promotie van de adviezen en richtlijnen van de partnerorganisaties naar deze doelgroepen toe.

7° Het SEL zorgt ervoor dat voldaan wordt aan de multidisciplinaire vormingsbehoeften van de zorgaanbieders. Zij coördineert deze verschillende vormingsinitiatieven zodat ze op elkaar zijn afgestemd. Dit betekent ook dat het SEL gezamenlijke vormingsinitiatieven zelf kan organiseren. Wel ontslaat dit de verschillende zorgaanbieders zelf niet om in te staan voor hun eigen vorming en bijscholing. Het accent van de taak van het SEL inzake vorming ligt op het afstemmen van de multidisciplinaire aspecten, zodat de verschillende vormingsinitiatieven geen tegenstrijdige boodschappen bevatten.

8° De registratie heeft een dubbel doel : enerzijds het evalueren van de werking van de SEL's en anderzijds het verzamelen van een set van gegevens voor epidemiologische doeleinden die dan geïntegreerd worden in het informatiesysteem gezondheid van de Vlaamse Gemeenschap. Ook wordt gedacht aan een periodieke rapportering aan de administratie, met inbegrip van het aangeven van trends.

Deze registratietak beantwoordt ook aan de bijzondere opdracht van de GDT zoals bepaald in art 10 van het bovenvermelde KB. De uitvoeringsbesluiten zullen zorg dragen voor een goede afstemming tussen de Vlaamse en de Federale regelgeving.

9° Het kan bijvoorbeeld gaan om adviezen die voortvloeien uit het gestructureerd overleg zoals bedoeld onder punt 2° of om vaststellingen die betrekking hebben op punt 4°. Het decreet gaat niet verder in op de inhoud en vorm van de adviezen. Dit kan in uitvoeringsbesluiten worden geregeld zoals § 2 bepaalt, maar anderzijds is het ook de bedoeling om het initiatiefrecht van de SEL zelf niet te beperken door te veel bijkomende voorwaarden op te leggen.

Wel is bepaald dat de bedoelde adviezen betrekking moeten hebben op de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders.

Zo haalt de Vlaamse gezondheidsraad in haar advies van 15 oktober 2002 onder meer volgend voorbeeld aan : « In de raad werd het voorbeeld gegeven van het constateren van een verhoogde opname van dementie bejaarden met decompensatie tijdens weekends op de spoedopname; dit zou door het ziekenhuis kunnen signaleerd worden aan het plaatselijke SEL, dat de situatie kan analyseren en dan met de partnerorganisaties ev. naar mogelijke oplossingen zoekt. Aangezien dit probleem zich ook in andere regio's kan stellen, zou het nuttig kunnen zijn om dergelijke problemen en de eventuele aanpak ervan op een georganiseerde wijze door te geven naar de andere SEL's. Dit zou een efficiënte bottom-up' probleemsigalering kunnen opleveren, en vermijden dat men telkens opnieuw hetzelfde werk moet doen (al zal natuurlijk steeds rekening moeten worden gehouden met de lokale situatie) ». Verder stelt de VGR bij punt 8° : « Bovendien kan er een centraal meldpunt komen voor problemen die het lokale niveau overstijgen, hetzij doordat ze niet op lokaal niveau kunnen worden opgelost, hetzij omdat ze wellicht ook in andere SEL's voorkomen. Het op georganiseerde wijze doorgeven van dergelijke problemen, kan een efficiënte bottom-up' probleem-sigalering opleveren. »

Deze verduidelijking vanwege de VGR is terecht, maar wordt geplaatst bij punt 9° eerder dan bij punt 8°. Het meldpunt waarvan sprake is immers best de Vlaamse overheid zelf en de registratie en gegevensuitwisseling onder punt 8° is niet het meest geschikte kanaal om dergelijke adviezen te melden.

10° Het SEL waakt erover dat de verschillende zorgaanbieders, waar nodig, een kwaliteitsvolle wachtdienst en permanentie organiseren en zoekt mee naar oplossingen bij eventuele organisatorische problemen. Het is niet de bedoeling dat het SEL de wachtdienst organiseert in de plaats van de zorgaanbieders. Wel kan het SEL een stimulerende en ondersteunende rol vervullen.

11° Deze taak beoogt een laagdrempelig klachtenmeldpunt met betrekking tot de opdrachten en taken van de SEL's. Dit veronderstelt ook een methodiek tot klachtenbemiddeling. Dit initiatief op niveau van het SEL sluit dus de verantwoordelijkheid ter zake van elke afzonderlijke dienstverlening niet uit. Het SEL is geen klachtenmeldpunt voor de zorgverlening door de zorgaanbieders zelf, maar wel voor die aspecten die het niveau van de praktijkvoering en de individuele zorgverlening overstijgen.

12° Teneinde de gebruiker zo autonoom mogelijk te laten participeren aan de samenleving en hem zo lang mogelijk op een verantwoorde wijze in zijn vertrouwde omgeving te kunnen laten functioneren, zal de SEL erover waken dat de zorgaanbieders in haar werkgebied een dag- en nachtpermanente organiseren met betrekking tot de hulpverlening inzake activiteiten van het dagelijks leven.

§ 2. De in § 1 opgesomde taken zijn eerder algemeen geformuleerd. De toevoeging van deze paragraaf geeft de Vlaamse regering de mogelijkheid om deze taken meer in detail te regelen. Dit is nodig om, op basis van maatschappelijke evoluties of evoluties in de gezondheidszorg zelf, een dynamisch en nodengestuurd beleid te kunnen voeren en om de doelmatigheid van de zorgverlening te kunnen verbeteren.

§ 3. Het gestructureerd overleg, waarvan sprake in § 1 punt 2° zal in een aantal gevallen moeten resulteren in een schriftelijke overeenkomst. Dit maakt dit overleg veel minder vrijblijvend.

De Vlaamse regering krijgt de mogelijkheid om hier regulerend op te treden. Zo kan zij bepalen voor welke groepen van zorgaanbieders en rond welk thema's een schriftelijke overeenkomst nodig is en welke punten er moeten in geregeld worden.

Het kan bijvoorbeeld gaan over de wijze waarop diverse zorgaanbieders vertegenwoordigd zijn bij het opmaken van de overeenkomst en de wijze van besluitvorming, of over de concretisering van bepaalde taken zoals het ontslagmanagement of procedures inzake crisisopvang...

Het is de bedoeling dat de Vlaamse regering hier enkel regulerend optreedt als dit, bijvoorbeeld omwille van de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorgverlening nodig blijkt. Om evenwel de administratieve belasting niet te groot te maken wordt deze verplichting nog niet opgenomen in het ontwerp van decreet, maar wordt de regering wel gemachtigd dit te doen als dit nodig blijkt.

**Art. 11.** Dit artikel laat toe dat de Vlaamse regering bepaalt dat bepaalde taken van het SEL kunnen worden gedelegeerd naar een andere entiteit met rechtspersoonlijkheid. Het zou kunnen dat bijvoorbeeld een partnerorganisatie of een koepelvereniging van SEL's bepaalde taken, of aspecten er van, op een doelmatiger manier kan uitvoeren. Het zou bijvoorbeeld kunnen gaan om een aantal administratieve taken die te maken hebben met de financiering van de GDT of met het samenbrengen van een aantal registratiegegevens in het kader van het operationeel of epidemiologisch luik van een gezondheidsinformatiesysteem. In zo'n gevallen zal de Vlaamse regering dit dan regelen in een uitvoeringsbesluit. Het SEL zelf blijft in dat geval evenwel steeds de eindverantwoordelijkheid dragen. Dit artikel creëert ook de mogelijkheid om rond specifieke zorgvragen, die door hun complexiteit en chronisch karakter veel deelaspecten hebben, specifieke netwerken in te schakelen die het niveau van het SEL overstijgen. Hier zou bijvoorbeeld kunnen gedacht worden aan palliatieve samenwerkingsverbanden, al dan niet aangestuurd vanuit een partnerorganisatie.

Het tweede lid van artikel 11 biedt daarenboven de mogelijkheid dat de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg een beroep doen op de ondersteuning en begeleiding van de provincies, of voor wat het tweetalig gebied Brussel hoofdstad betreft op de Vlaamse Gemeenschapscommissie. Deze bepaling komt tegemoet aan de afspraken inzake de kerntaken van de provincies en aan een hedendaagse realiteit in het werkveld van de eerstelijnszorg.

**Art. 12.** In de eerste paragraaf wordt het SEL verplicht om de plaatselijke vertegenwoordigers van zorgaanbieders, gebruikers en mantelzorgers en vrijwilligers uit te nodigen lid te worden van het SEL. Er is een acceptatieplicht voorzien. Het SEL kan alleen om gegronde redenen, die duidelijk gemotiveerd moeten worden een dienst of organisatie weigeren. Bij de procedures die de Vlaamse regering uitwerkt in het kader van de erkenning, schorsing en intrekking van de erkenning (artikel 24) worden bepalingen bij het niet naleven van deze acceptatieplicht opgenomen.

In haar advies van 15 oktober 2002 stelt de Vlaamse gezondheidsraad dat met betrekking tot § 1, a) het belangrijk is om zoveel mogelijk zorgaanbieders die actief zijn in het werkgebied van de SEL te betrekken i.p.v. hun vertegenwoordigers. Dit is inderdaad correct. Toch is er voor geopteerd om de individuele zorgaanbieders niet rechtstreeks lid te laten worden van de SEL maar dit te doen via hun vertegenwoordigers. Op die manier worden de individuele zorgaanbieders wel verbonden aan de SEL, maar blijft de werkbaarheid van dit samenwerkingsinitiatief behouden. Een te zware structuur met een te groot aantal leden kan verlamdend werken. Dit moet vermeden worden. Gezien § 3 kan de Vlaamse regering deze verbondenheid van de individuele zorgaanbieder via de vertegenwoordiging nader regelen, wat voldoende garanties biedt.

In de tweede paragraaf wordt bepaald welke zorgaanbieders minstens deel moeten uitmaken van het SEL. Het gaat om zorgaanbieders die een centrale rol vervullen bij de opdrachten van de SEL: de diensten voor gezinszorg, de huisartsen, de lokale dienstencentra, de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, de rusthuizen ongeacht ze RVT bedden hebben, de verpleegkundigen en vroedvrouwen, en de ziekenfondsdiensten. Het advies van de Vlaamse gezondheidsraad van 15 oktober 2002 werd gevolgd waar het stelde dat de rusthuizen eveneens deel moesten uitmaken van de SEL.

Er wordt gesteld dat deze categorieën moeten vertegenwoordigd zijn. Dit betekent dat de zorgaanbieders van een bepaalde categorie zich kunnen laten vertegenwoordigen door andere zorgaanbieders (bijvoorbeeld, vroedvrouwen door verpleegkundigen of door een dienst gezinszorg). Wel dient het steeds om plaatselijke vertegenwoordigers te gaan en niet om bijvoorbeeld vertegenwoordigers van koepelverenigingen van zorgaanbieders.

Als één van de opgesomde categorieën van zorgaanbieders om één of andere reden niet actief is in het werkgebied van het SEL, dan vervalt de verplichte vertegenwoordiging van die categorie van zorgaanbieders.

In het derde lid van de tweede paragraaf is een uitweg voorzien voor het geval één van de 'verplichte' partners om één of andere reden de oprichting van een SEL zou blokkeren door te weigeren aan te sluiten. Wel moeten steeds huisartsen en verpleegkundigen en vroedvrouwen vertegenwoordigd zijn samen met drie van de resterende 'verplichte' partners.

De derde paragraaf beoogt ervoor te zorgen dat wanneer (een groep) zorgaanbieders aansluit bij het SEL zij dit doen namens het grootste deel van de zorgaanbieders van dezelfde categorie. Deze vereiste is beperkt tot de zorgaanbieders en slaat dus niet op de vertegenwoordigers van mantelzorgers en gebruikers, noch op de vertegenwoordigers van de vrijwilligers.

De Vlaamse regering zal de nadere regels bepalen. Zo kan rekening worden gehouden met het aantal personen of diensten binnen het werkgebied dat behoort tot de betrokken categorie van zorgaanbieders. Anderzijds kan het ook mogelijk zijn dat de Vlaamse regering rekening houdt met de omvang van de dienstverlening van de betrokken zorgaanbieders.

De Vlaamse gezondheidsraad (VGR) stelt in haar advies van 15 oktober 2002 voor om in deze memorie te omschrijven dat : » per categorie van zorgaanbieders minstens de helft van de georganiseerde zorg vertegenwoordigd moet zijn in een SEL. Dit wil zeggen dat, indien een bepaalde beroepsgroep wil deelnemen aan het samenwerkings-initiatief, de vertegenwoordigers van deze beroepsgroep moeten kunnen aantonen dat ze minstens 50 % van de aangeboden dienstverlening in de regio vertegenwoordigen. »

Toch kan de Vlaamse regering ook bepalen in welke omstandigheden de verplichting vervalt om minstens de helft van de georganiseerde zorg voor een bepaalde categorie van zorgaanbieders te vertegenwoordigen. Dit kan bijvoorbeeld nodig zijn indien er manifeste aanwijzingen zijn dat bijvoorbeeld een bepaalde groep van zorgaanbieders de werking van de SEL niet daadwerkelijk steunt of zelfs tegenwerkt.

**Art. 13.** Met het oog op een doelmatige zorgverlening wordt het grondgebied van het Vlaams Gewest en het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest ingedeeld in zorgregio's. Op basis van natuurlijke fluxen van de bevolking kan men van de diverse gemeenten de natuurlijke invloedsfeer bepalen, evenals de hiërarchische verhoudingen tussen de verschillende gemeenten.

Volgens dit model kan men op verschillende niveaus zorgregio's afbakenen.

Gezien de eerstelijnsgezondheidszorg een basisvoorziening betreft wordt deze georganiseerd op een niveau dicht bij de gebruiker. Daarom dienen de SEL's op een zo laag mogelijk niveau dat een doelmatige werking toelaat, te worden georganiseerd.

De Vlaamse regering zorgt er voor dat de werkgebieden geografisch op elkaar zijn afgestemd, elkaar niet overlappen en heel het Vlaamse Gewest en het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad bestrijken. Indien echter in een bepaald gebied geen initiatieven ontstaan om een SEL op te richten, dan zal de Vlaamse regering niet kunnen voldoen aan de voorwaarde om heel het Vlaamse Gewest en het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad te bestrijken. Vandaar de toevoeging 'tenzij dit onmogelijk blijkt'.

Er moet vermeden worden dat een te grote omvang van het werkgebied van een SEL een doelmatige werking in de weg staat. Dit kan voornamelijk in grootstedelijke gebieden het geval zijn. In dit artikel wordt de regering de mogelijkheid geboden hierin regulerend op te treden door een werking via afdelingen op te leggen in de grootstedelijke gebieden Gent en Antwerpen en in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad.

De geschetste afbakening van werkgebieden zal er uiteraard voor zorgen dat een gemeente slechts tot het werkgebied van één SEL kan behoren. Dit wil ook zeggen dat een SEL steeds het volledige grondgebied van een gemeente bestrijkt.

**Art. 14.** Door middel van het erkennen van een partnerorganisatie wil de Vlaamse overheid publiek te kennen geven dat de erkende organisatie voldoet aan vooraf bepaalde vereisten die een waarborg betekenen inzake kwaliteit. Een erkenning is, volgens dit decreet, een noodzakelijke voorwaarde om tot subsidiëring van de organisatie te kunnen overgaan. Verder bepaalt het decreet dat het toekennen van een eventuele subsidie gebeurt via een beheersovereenkomst. De specifieke kenmerken van de verschillende partnerorganisaties zijn immers zo divers dat een generieke regeling inzake subsidiëring in de praktijk bijna niet mogelijk is. Deze specificiteit noopt tot een manier van subsidiëren via het sluiten van beheersovereenkomsten. In deze beheersovereenkomsten treden beide partners, de Vlaamse overheid en de partnerorganisatie, in overleg om enerzijds tegemoet te komen aan de eigenheid van de expertise en van het aanbod van de partnerorganisatie en om anderzijds hiertegenover de resultaatsgebieden te formuleren en de middelen te bepalen die de Vlaamse overheid wenst ter beschikking te stellen indien de resultaatsgebieden en de daaraan verbonden indicatoren, gehaald worden.

Onder beheersovereenkomst wordt een schriftelijke overeenkomst bedoeld waarin de partijen in onderling overleg zowel de na te streven resultaten, de meetinstrumenten of indicatoren, als de subsidie-enveloppe, vastleggen. Het gaat dus om duurzame samenwerkingsverbanden.

Om de dienstverlening te optimaliseren en de achterstand in het uitbetalen van de voorschotten zoveel mogelijk te vermijden, volgen de beheersovereenkomsten éénmaal, bij het begin van de looptijd van deze beheersovereenkomsten, de volledige procedure, rekening houdend met het subsidiebedrag :

- voor advies voorleggen aan de Inspectie van Financiën;
- begrotingsakkoord aanvragen aan de minister bevoegd voor begroting;
- ter goedkeuring voorleggen aan de Vlaamse regering.

De volgende jaren, binnen de looptijd van de beheersovereenkomst, worden de besluiten ter uitvoering hiervan enkel nog voor advies aan de Inspectie van Financiën voorgelegd.

Deze werking verhoogt niet alleen de klantvriendelijkheid maar ook de efficiëntie van de uitbetaling. Hierdoor kunnen nodeloze kosten (kaskredieten) vermeden worden waardoor het volledige budget kan ingezet worden ter uitvoering van de beheersovereenkomst.

**Art. 15.** De aard van de deskundigheid waarvoor een partnerorganisatie wordt erkend dient te worden vermeld in het erkenningsbesluit. Dit kan verder worden gespecificeerd in het beleidsplan.

Omwille van de transparantie en de doelmatigheid dient in elk geval duidelijk te worden aangegeven welke de opdrachten zijn ten aanzien van de overheid en ten aanzien van de diverse doelgroepen. De partnerorganisaties die kunnen worden erkend en gesubsidieerd, kunnen zeer verscheiden zijn wat betreft de omvang en de opdracht. Al naargelang de omstandigheden zal dit bepaald worden hetzij in de erkenning, hetzij in het beleidsplan.

Welke organisaties als partnerorganisatie zullen erkend worden kan nu nog niet definitief worden vastgelegd. Veel hangt af van de wetenschappelijke en maatschappelijke evoluties terzake.

Een partnerorganisatie kan bijvoorbeeld een netwerk ondersteunen (zie ook de opmerking bij artikel 2, 10<sup>e</sup> in deze memorie). De ondersteuning van een netwerk kan nodig zijn om een zorgcontinuüm te verkrijgen bij specifieke doch complexe en chronische zorgsituaties waar bijvoorbeeld een samenwerking tussen extra- en intramurale zorgverleners nodig is. Palliatieve netwerken zijn hier een voorbeeld van.

Andere partnerorganisaties ondersteunen bijvoorbeeld bepaalde zorgaanbieders, voornamelijk door hun wetenschappelijke kennis. Ze kunnen bijvoorbeeld richtlijnen over zorgverlening gebaseerd op wetenschappelijke bewijskracht aan de zorgaanbieders verstrekken. Momenteel heeft de Vlaamse overheid een convenant afgesloten met de Wetenschappelijke Vereniging voor Huisartsen (WVVH). In deze context is het niet onlogisch als de WVVH als partnerorganisatie binnen dit decreet zou erkend worden voor de wetenschappelijke ondersteuning van de huisartsen en bijvoorbeeld voor het ontwikkelen van praktijkrichtlijnen voor specifieke thema's.

Ook kan gedacht worden aan een partnerorganisatie die ondersteuning biedt aan de SEL's op het vlak van de multidisciplinaire samenwerking. Dit zou bijvoorbeeld een opdracht kunnen zijn voor VELD (Vlaams eerstelijnsoverleg).

De opdrachten van de partnerorganisaties zullen in de vermelde voorbeelden waarschijnlijk heel verschillend structureel worden vastgelegd, vandaar dat artikel 15 verscheidenheid mogelijk maakt.

**Art. 16. § 1.** De continuïteit van de zorgverlening vergt onder andere een uitwisseling van gegevens tussen de zorgaanbieders binnen de eerstelijns onderling en de zorgaanbieders werkzaam in de tweede en de derde lijn.

Om deze uitwisseling van gegevens op een veilige en doelmatige manier te laten verlopen en te optimaliseren wordt een operationeel informatiesysteem uitgebouwd tussen de bovengenoemde zorgaanbieders, met betrekking tot de gegevens die nodig zijn om de continuïteit van de individuele zorgverlening te verzekeren.

Er werd een tweede lid toegevoegd aan deze paragraaf om tegemoet te komen aan de bezorgdheid van de Raad van State waarin werd verduidelijkt dat de kosten voor registratie en gegevensuitwisseling niet kunnen afgewenteld worden op de federale overheid.

**§ 2.** Een goed gezondheidsbeleid is wetenschappelijk onderbouwd en vereist een adequate registratie van beleidsrelevante gegevens die ter beschikking worden gesteld van de overheid ('evidence based').

Een epidemiologisch informatiesysteem wordt uitgebouwd dat tot doel heeft de elektronische gegevensuitwisseling te optimaliseren tussen enerzijds de samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties onderling, en anderzijds tussen de samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties en de Vlaamse overheid.

Dit informatiesysteem heeft betrekking op gegevens die nodig zijn om het gezondheidsbeleid zoveel mogelijk op bewijskracht te baseren, de doeltreffendheid en de doelmatigheid ervan te evalueren, en op basis hiervan de gezondheidszorg te organiseren en waar nodig bij te sturen.

**§ 3.** Deze paragraaf is opgenomen naar analogie met het ontwerp van decreet betreffende het preventief gezondheidsbeleid. De inlassing « na advies van de Commissie ter Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer » kwam er na het advies aangaande het ontwerp van decreet betreffende het preventief gezondheidsbeleid door de Commissie ter Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer op 21 augustus 2002.

**Art. 17.** De overheid kan aan haar gegevensleveranciers opleggen dat zij in hun communicatie naar de overheid voor zichzelf en voor de gebruikers die op hen een beroep doen, een unieke identificatiecode gebruiken.

Hiermee wordt een pseudo-identiteit bedoeld. Dit is een reeks tekens die verwijst naar een natuurlijke persoon of organisatie maar slechts op indirecte wijze toelaat de identiteit van deze persoon of organisatie te bepalen.

Dit laatste is bedoeld om in overeenstemming te zijn met de regelgeving aangaande de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

De tweede paragraaf is opgenomen naar analogie met het ontwerp van decreet betreffende het preventief gezondheidsbeleid. De inlassing « na advies van de Commissie ter Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer » kwam er na het advies aangaande het ontwerp van decreet betreffende het preventief gezondheidsbeleid door de Commissie ter Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer op 21 augustus 2002.

#### **Artikel 18, 19 en 20.**

Alle instanties die door de Vlaamse regering erkend en/of gesubsidieerd worden met het oog op het vervullen van opdrachten inzake uitvoering en ondersteuning van de eerstelijnsgezondheidszorg worden onderworpen aan een verantwoordingsplicht. Dat impliceert dat er gevraagd wordt aan deze instanties om gegevens te verstrekken die de overheid toelaten om na te gaan of de gemeenschapsgelden zinvol worden aangewend en om uitspraken te kunnen doen over de legitimiteit van een erkenning. Een erkenning beoogt immers in essentie een formele bevestiging van overheidswege te zijn dat een voldoende hoog kwaliteitsniveau bereikt is of geacht wordt te bereiken om een aantal verantwoordelijkheden op te nemen en te vervullen. Dit kan zowel gelden ten aanzien van SEL's, partnerorganisaties en samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering.

De wijze waarop deze verantwoordingsplicht gestalte krijgt, moet nader bepaald worden in uitvoeringsbesluiten.

Niet alleen op basis van gegevens die opgevraagd worden bij deze instanties, maar ook door een toezicht ter plekke kan de manier van werken en de aanwending van gemeenschapsmiddelen geëvalueerd worden.

**Art 20. § 1 en § 2** regelen een aspect van het financieel toezicht. Een inzicht verwerven in de financieringsbronnen van een gesubsidieerde organisatie kan onontbeerlijk zijn om te waken over een verantwoord uitgavenbeleid van de subsidiërende overheid.

Anderzijds moet een organisatie die opdrachten uitvoert in opdracht van de Vlaamse regering en hiervoor gesubsidieerd wordt door de Vlaamse regering, ook kunnen beschikken over het volledig subsidiebedrag, ook al heeft zij andere bronnen van inkomsten, bijvoorbeeld voor andere taken.

Om een structurele en continue werking mogelijk te maken, wordt in art 20 § 3, voorzien in de mogelijkheid tot reservevorming.

**Art. 21.** Inzake de controle op het verlenen en het gebruik van de door de gemeenschappen en gewesten toegekende subsidies gelden algemene federale bepalingen. Deze bepalingen zijn thans ondermeer terug te vinden in artikel 57 van de wetten op de rijkscomptabiliteit, gecoördineerd op 17 juli 1991. Deze bepalingen zijn overgenomen in de wet van 16 mei 2003 tot vaststelling van de algemene bepalingen die gelden voor de begrotingen, de controle op de subsidies en voor de boekhouding van de gemeenschappen en de gewesten, alsook voor de organisatie van de controle door het Rekenhof. De betreffende bepalingen van de wet van 16 mei 2003 zullen op termijn in de plaats komen van artikel 57 van de wetten op de rijkscomptabiliteit.

Gevolgd gevend aan het advies van de afdeling wetgeving van de Raad van State bij het voorontwerp van decreet werd dan ook in artikel 21 van het ontwerp van decreet rekening gehouden met het bestaan van deze algemene federale bepalingen. Deze algemene federale bepalingen zijn onverkort van toepassing ("Onverminderd de toepassing van de federale algemene bepalingen inzake de controle op het verlenen en het gebruik van de door de gemeenschappen en gewesten toegekende subsidies ...").

Tevens werden in de opsomming twee verplichtingen geschrapt omdat die reeds zijn opgenomen in de federale regelgeving, met name de verplichting

« het verantwoord en/of zich onderwerpen aan een toezicht, zoals bedoeld in artikel 18 » en de verplichting « het aanwenden van subsidies enkel voor de opdrachten binnen het kader van dit decreet, zoals bedoeld in artikel 19 ».

Wel werd de mogelijkheid tot een administratieve sanctie behouden voor drie specifieke gevallen die niet gevat worden door de algemene federale bepalingen.

Aldus werd tegemoetgekomen aan het advies van de afdeling wetgeving van de Raad van State om artikel 21 te herschrijven.

Art. 22. Behoefte geen verdere verduidelijking.

Art. 23. De rechten van de verdediging worden in acht genomen door te voorzien in de verplichting van de administratie om de betrokkene schriftelijk aan te manen om zich in regel te stellen en om de betrokkene na de schriftelijke aanmaning een bepaalde termijn te geven om zich in regel te stellen. Ook wordt de betrokkene de kans geboden, nadat hij zich binnen de gestelde termijn niet in regel stelde, om gehoord te worden alvorens men kan overgaan tot het opleggen van een administratieve sanctie.

Art. 24. De Vlaamse Adviesraad inzake erkenning van verzorgingsvoorzieningen, opgericht bij decreet van 20 december 1996, is bevoegd om advies te geven met betrekking tot bezwaar- of verweermiddelen die ingediend worden bij een voornemen tot weigering, schorsing of intrekking van erkenning.

Volgens het decreet is een verzorgingsvoorziening immers elke organisatie die activiteiten uitoefent inzake zorgverstrekking, gezondheidsopvoeding of preventieve gezondheidszorg, zoals bedoeld in artikel 5, § 1, I, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen en die in dat kader door Vlaamse Gemeenschap kan worden erkend.

De Vlaamse regering bepaalt de procedureregels inzake erkenning, schorsing en intrekking van de erkenning. In deze procedureregels worden ook bepalingen opgenomen over het niet opnemen van bepaalde vertegenwoordigers in het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg, zoals bedoeld in artikel 12 § 1.

Art. 25. Om de continuïteit in de zorgverlening te verzekeren is voorzien in overgangsbepalingen.

Art. 26. Dit artikel is opgenomen naar analogie met het ontwerp van decreet betreffende het preventief gezondheidsbeleid. Indien een Vlaamse regering zou beslissen om op een decretale basis, een eigen toezichtcommissie op te richten, dan kan de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer hierin vertegenwoordigd zijn, hetzij op vrijwillige basis, hetzij conform artikel 92ter, tweede lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming van de instellingen. Op die manier wordt tegemoet gekomen aan de opmerking van de afdeling wetgeving van de Raad van state bij dit artikel.

De ziekenfondsdiensten worden momenteel nog niet als dusdanig onder die benaming geregeld. Wel worden de in de definitie (artikel 2, 15°) opgenomen functies voor het ogenblik grotendeels gerealiseerd door ondermeer de centra voor algemeen welzijnswerk in het kader van de ziekenfondsen. Betrokken diensten maken trouwens nu al deel uit van de Samenwerkingsinitiatieven in de thuisverzorging (SIT) conform art 7, § 1 van het besluit van de Vlaamse Regering van 21 december 1990 houdende coördinatie en ondersteuning van thuisverzorging. Om de continuïteit te verzekeren worden, zolang de bestaande regelgeving niet wordt aangepast, de betrokken diensten aangeduid als zijnde ziekenfondsdiensten die vertegenwoordigd moeten zijn in de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg.

Art. 27. Dit artikel behoeft geen verdere commentaar.

Brussel, 10 oktober 2003.

De minister-president van de Vlaamse regering,

B. SOMERS

De Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen,

A. BYTTEBIER

### 3 MAART 2004. — Decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders (1)

Het Vlaams Parlement heeft aangenomen en Wij, Regering, bekrachtigen hetgeen volgt :

Decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders

HOOFDSTUK I. — *Algemene bepaling en definities*

Artikel 1. Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid.

Art. 2. Voor de toepassing van dit decreet wordt verstaan onder :

1° administratie : de administratie van de diensten van de Vlaamse regering bevoegd voor de gezondheidszorg;

2° begeleidingsdossier : document dat per gebruiker, op basis van een evaluatie van het zelfzorgvermogen en een omschrijving van de zorgvraag, weergeeft welke passende zorg de zorgaanbieder voorziet aan te bieden of nodig acht en dat kan worden bijgestuurd in functie van de evoluerende zorgbehoefte;

3° gebruiker : iedere natuurlijke persoon die een beroep doet op een zorgaanbieder;

4° eerstelijnsgezondheidszorg : zorg aangeboden door zorgverstrekkers in dat segment van de gezondheidszorg waarop gebruikers een beroep doen voor eerste deskundige opvang, behandeling of meer continue begeleiding van gezondheidsproblemen, al dan niet na verwijzing door een andere zorgaanbieder of door een organisatie, dienst of persoon met een meer gespecialiseerd zorgaanbod;

5° evaluatie van het zelfzorgvermogen : een aan een zorgvraag gekoppelde inschatting van de ernst en de duur van het verminderde zelfzorgvermogen van de gebruiker, uitgevoerd volgens een vooraf bepaald uniform stramien en op basis van objectieve en meetbare criteria;

6° gezondheid : toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden bij de mens;

7° kwaliteitsvolle zorg : verantwoorde zorg die rekening houdt met doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid en gebruikersgerichtheid;

8° mantelzorg : een persoon die vanuit een sociale en emotionele band één of meerdere personen, niet beroepshalve maar meer dan occasioneel, helpt en ondersteunt in het dagelijkse leven wanneer de zelfzorg ontoereikend blijkt;



9° meer gespecialiseerd zorgaanbod : zorg die doorgaans verleend wordt door of onder leiding van een arts-specialist, een ziekenhuis of een andere organisatie, dienst of persoon die door de regelgeving of door de aard en omstandigheden van de zorg niet tot de eerstelijnszorg wordt gerekend;

10° partnerorganisatie : een organisatie met rechtspersoonlijkheid die als centrum van expertise fungeert omwille van minstens één van de hiernavolgende competenties :

a) de deskundigheid om ondersteuning te bieden aan samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg, netwerken, zorgaanbieders, gebruikers, mantelzorgers of vrijwilligers;

b) het aanleveren van gegevens inzake gezondheidszorg;

11° samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg, afgekort SEL : een door de Vlaamse regering erkend samenwerkingsverband van vertegenwoordigers van zorgaanbieders en eventueel van vertegenwoordigers van mantelzorgers en gebruikers en/of vrijwilligers, dat gericht is op het optimaliseren van de zorg binnen een bepaald geografisch afgebakend werkgebied;

12° vrijwilliger : een persoon die één of meerdere personen, niet beroepshalve maar meer dan occasioneel, helpt en ondersteunt in het dagelijkse leven wanneer de zelfzorg ontoereikend blijkt;

13° woonondersteuning : dienstverlening die er op gericht is de gebruiker in zijn eigen leefomgeving te ondersteunen door middel van informatie, advies en het ter beschikking stellen van hulpmiddelen die betrekking hebben op de activiteiten van het dagelijks leven;

14° zelfzorg : de persoonlijke beslissingen en acties in het dagelijkse leven met het oog op het voorzien in de eigen basisbehoeften, en de daarbij aansluitende eigen activiteiten en vaardigheden;

15° ziekenfondsdienst voor maatschappelijk werk en woonondersteuning : een dienst, opgericht door een of meer ziekenfondsen, die, volgens de maatschappelijk werkmethode passende zorg verleent of hiertoe bijdraagt en die woonondersteuning biedt, minstens ten aanzien van hun eigen leden die tijdelijk of blijvend zorg nodig hebben of dreigen nodig te hebben ten gevolge van ouderdom, ziekte of handicap;

16° zorgaanbieder : een zorgverstreker zoals bedoeld in 19°, evenals een organisatie, dienst of persoon, die professioneel zorgen of diensten verleent aan gebruikers en die daardoor de eerstelijnsgezondheidszorg vergemakkelijkt, mogelijk maakt of ondersteunt, met uitzondering van de organisatie, dienst of persoon met een meer gespecialiseerd zorgaanbod;

17° zorgcontinuüm : het gelijktijdig of in de tijd gespreid, naadloos op elkaar aansluiten van diverse vormen van zorgverlening;

18° zorgplan : een schriftelijke afsprakenregeling met betrekking tot de geplande zorg voor een gebruiker, die gebaseerd is op één of meer begeleidingsdossiers en die kan worden bijgestuurd afhankelijk van de evoluerende zorgbehoefte;

19° zorgverstreker : een in de eerstelijnsgezondheidszorg werkzame apotheker, arts, diëtist, kinesist, logopedist, tandarts, verpleegkundige, vroedvrouw of beroepsbeoefenaar van een andere door de Vlaamse regering bepaalde discipline, met uitzondering van de arts-specialist, met inbegrip van feitelijke of juridische entiteiten die hen groeperen in mono- of multidisciplinair verband.

#### HOOFDSTUK II. — *Opdrachten, operationele doelstellingen en werkingsbeginselen van de eerstelijnsgezondheidszorg*

Art. 3. § 1. Iedere persoon, zonder onderscheid van leeftijd of geslacht, van ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging, van ras of geaardheid en zonder onderscheid van zijn vermogenstoestand, heeft recht op een kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg en op een respectvolle behandeling en begeleiding.

De vrijheid van keuze van zorg en zorgverstreker wordt in hoofde van de gebruiker geëerbiedigd. De medeverantwoordelijkheid van de gebruiker wordt zo veel mogelijk aangemoedigd, om te komen tot een duurzame en kwaliteitsvolle zorginvulling waarbij samenhang in de zorg en continuïteit in de relatie tussen gebruiker en zorgverstreker centraal staan.

Het zelfzorgvermogen van de gebruiker wordt zo veel mogelijk aangemoedigd en verhoogd opdat hij zo autonoom mogelijk aan de samenleving zou kunnen participeren.

§ 2. De zorgverstrekkers bieden kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg aan. Hiertoe wordt de zorg, indien nodig en mogelijk, aangeboden bij de gebruiker thuis.

§ 3. De zorgverstrekkers leveren bijzondere inspanningen om de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg te optimaliseren, in het bijzonder voor personen die leven in achtergestelde situaties.

Art. 4. § 1. Ter uitvoering van de opdrachten, bepaald in artikel 3, vervullen de zorgverstrekkers onder meer de volgende taken :

1° het aanbieden van de eerste deskundige opvang bij gezondheidsproblemen;

2° het verzorgen, begeleiden en opvolgen van gebruikers met acute of chronische gezondheidsproblemen;

3° het bijdragen tot het voorkomen van het ontstaan of het verergeren van gezondheidsproblemen;

4° het ondersteunen van de gebruikers bij de zelfzorg, de mantelzorgers, de vrijwilligers en de andere zorgaanbieders;

5° het opnemen van het eigen aandeel in het zorgcontinuüm.

§ 2. De zorgverstrekkers voeren deze taken uit in het kader van hun professionele deskundigheid. Indien het in het belang van de gebruiker nodig is, maken ze, al dan niet op vraag van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger, een begeleidingsdossier op en maken ze onderling taakafspraken, alsook met andere zorgaanbieders en met organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod. De taakafspraken kunnen worden vastgelegd in een zorgplan. Het zorgplan kan op eigen initiatief of op vraag van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger door de zorgverstreker worden opgestart en/of opgevolgd. Indien nodig verwijzen ze gebruikers gericht door. Na verwijzing door een andere zorgaanbieder of door een organisatie, dienst of persoon met een meer gespecialiseerd zorgaanbod, leveren de zorgverstrekkers adequate zorg.

Art. 5. § 1. De Vlaamse regering kan, binnen haar bevoegdheden, nadere regels bepalen met betrekking tot de opdrachten en taken bedoeld in artikel 3 en 4.

§ 2. De Vlaamse regering kan bepalen onder welke bijzondere omstandigheden artsen-specialisten, in het kader van het zorgcontinuüm, een bijdrage kunnen leveren in de eerstelijnsgezondheidszorg.

**Art. 6. § 1.** Om de in artikel 3 geformuleerde opdrachten te realiseren verrichten de zorgverstrekkers activiteiten die gericht zijn op de gebruiker en activiteiten die gericht zijn op de goede organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg.

§ 2. De activiteiten die gericht zijn op de gebruiker worden verstrekt op het niveau van de praktijkvoering, waar individueel contact tussen de zorgverstreker en de gebruiker plaatsvindt, en, waar nodig, multidisciplinair overleg in het kader van de praktijkvoering wordt gepleegd.

Activiteiten die gericht zijn op de goede organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg, overstijgen de eigen praktijkvoering en gebeuren op een niveau waar de zorgaanbieders binnen een bepaald werkgebied hun werking op elkaar afstemmen.

**HOOFDSTUK III. — Samenwerkingsverbanden op niveau van de praktijkvoering in het kader van de eerstelijnsgezondheidszorg**

**Art. 7. § 1.** De Vlaamse regering kan vormen van samenwerkingsverbanden op niveau van de praktijkvoering in het kader van de eerstelijnsgezondheidszorg erkennen, met inbegrip van samenwerkingsverbanden tussen individuele en/of associaties van zorgverstrekkers, en kan de werking ervan subsidiëren. De Vlaamse regering bepaalt hiertoe de voorwaarden.

§ 2. De Vlaamse regering bepaalt in voorkomend geval de erkenningsvoorwaarden, de regels inzake de duur, de schorsing en de intrekking van de erkenning.

§ 3. De erkenningsvoorwaarden voor samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering in het kader van de eerstelijnsgezondheidszorg hebben onder meer betrekking op de juridische vorm, de permanentie, de mono- of multidisciplinariteit, de dossiertoegankelijkheid, de doelgroep en de vestigingsplaats.

§ 4. De Vlaamse regering bepaalt in voorkomend geval de subsidie en werkt nadere regels uit aangaande de wijze van subsidiëring.

**HOOFDSTUK IV. — Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg**

*Afdeling I. — Algemene bepalingen*

**Art. 8. § 1.** De Vlaamse regering erkent en subsidieert samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en bepaalt hun werkgebied.

§ 2. De Vlaamse regering bepaalt de erkenningsvoorwaarden, de regels inzake de duur, de schorsing en de intrekking van de erkenning.

§ 3. De Vlaamse regering bepaalt de subsidie en de subsidievoorwaarden.

§ 4. Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg hebben de vorm van een vereniging zonder winstoogmerk.

*Afdeling II. — Opdrachten en taken*

**Art. 9. § 1.** De samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg beogen een optimale zorgverlening aan de gebruiker waarbij maximaal een beroep gedaan wordt op zijn zelfbeschikkingsvermogen en waarbij zijn zelfzorgvermogen en medeverantwoordelijkheid zo veel mogelijk worden aangemoedigd en verhoogd opdat hij zo autonoom mogelijk aan de samenleving zou kunnen participeren.

§ 2. De samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg nemen, binnen hun werkgebied, initiatieven die er toe bijdragen het aanbod van de zorgaanbieders af te stemmen op de noden van de bevolking en van de individuele gebruiker.

De samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg bevorderen, binnen hun werkgebied, de samenwerking tussen de zorgaanbieders onderling, tussen de zorgaanbieders en andere organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod, alsook tussen de zorgaanbieders en de gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers.

De samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg informeren de bevolking binnen hun werkgebied over het zorgaanbod.

De samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg fungeren, voor de aangelegenheden die het niveau van de praktijkvoering of van de individuele zorgaanbieder overstijgen, binnen hun werkgebied als neutraal aanspreekpunt voor gebruikers, mantelzorgers, vrijwilligers, andere hulpverleners en voorzieningen, en voor de Vlaamse overheid.

§ 3. Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg leveren bijzondere inspanningen om de toegankelijkheid van de zorg te optimaliseren, in het bijzonder voor bevolkingsgroepen die leven in achtergestelde situaties.

**Art. 10. § 1.** Ter uitvoering van de opdrachten, bepaald in artikel 9, vervullen de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg met betrekking tot hun werkgebied en met het oog op een kwaliteitsvolle zorg minimaal de volgende taken :

1° het fungeren als overlegplatform voor zorgaanbieders;

2° het organiseren, ondersteunen en opvolgen van gestructureerd overleg, ondermeer met het oog op het afstemmen van de zorg op de noden van de bevolking, tussen zorgaanbieders onderling en tussen zorgaanbieders en andere organisaties, diensten of personen, waaronder organisaties, diensten of personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod, wiens optreden een effect kan hebben op de eerstelijnsgezondheidszorg;

3° het bewaken van de praktische organisatie en de ondersteuning van multidisciplinaire samenwerking, met het oog op het afstemmen van de zorg op de noden van de gebruiker, van zorgaanbieders, mantelzorgers en vrijwilligers en meer in het bijzonder bij :

a) de evaluatie van het zelfzorgvermogen;

b) de taakafspraken tussen zorgaanbieders, gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers;

c) de uitwerking en het opvolgen van een zorgplan in overleg met de gebruiker;

d) het multidisciplinair overleg ter concretisering van a) tot en met c);

4° het bewaken van de procedures die betrekking hebben op de evaluatie van het zelfzorgvermogen en/of de uitwerking en het opvolgen van een zorgplan, zoals bepaald door de Vlaamse regering en uitgevoerd door de zorgaanbieders;

5° het beschikken over een geactualiseerd bestand van de zorgaanbieders en dit ter beschikking stellen aan de bevolking, de zorgaanbieders en desgevraagd, op gestandaardiseerde wijze, aan de administratie;

6° het aanmoedigen van zorgaanbieders, gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers om een beroep te doen op de ondersteunende expertise van partnerorganisaties en om de hiermee verband houdende richtlijnen te integreren in de zorg;

7° het maken van afspraken over en het op elkaar afstemmen van multidisciplinaire vormingsinitiatieven;

8° het registreren en uitwisselen van gegevens;

9° het verlenen van advies aan de Vlaamse overheid, op verzoek van de Vlaamse overheid of op eigen initiatief, over de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders;

10° het bewaken van de permanentieregeling van de zorgaanbieders;

11° het organiseren en ondersteunen van een klachtenmeldpunt en van de klachtenbemiddeling met betrekking tot de opdrachten en taken, bedoeld in artikel 9 en artikel 10;

12° het bewaken van de organisatie van een dag- en nachtpermanente hulpverlening in het thuismilieu met betrekking tot activiteiten van het dagelijks leven.

§ 2. De Vlaamse regering kan nadere regels bepalen met betrekking tot de taken, bedoeld in § 1.

§ 3. De Vlaamse regering bepaalt voor welke categorieën van zorgaanbieders en andere organisaties, diensten of personen en voor welke thema's het gestructureerde overleg, bedoeld in § 1, 2°, minimaal resulteert in een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst.

De Vlaamse regering kan nadere regels bepalen met betrekking tot deze schriftelijke samenwerkingsovereenkomsten.

**Art. 11.** De Vlaamse regering kan bepalen welke taken van het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg door een andere rechtspersoon dan het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg in kwestie uitgevoerd kunnen worden en onder welke voorwaarden dit kan gebeuren.

In uitvoering van het eerste lid kan, onder de voorwaarden bepaald door de Vlaamse regering en dit na overleg met de provinciebesturen en de Vlaamse Gemeenschapscommissie, het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg, naast de ondersteuning door partnerorganisaties, een beroep doen op de ondersteuning of begeleiding van provinciebesturen of, voor het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad, van de Vlaamse Gemeenschapscommissie.

#### *Afdeling III. — Samenstelling*

**Art. 12. § 1.** De volgende plaatselijke vertegenwoordigers kunnen lid worden van een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg en worden hiertoe uitgenodigd :

a) plaatselijke vertegenwoordigers van zorgaanbieders die actief zijn in het werkgebied van het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg;

b) plaatselijke vertegenwoordigers van mantelzorgers en gebruikers;

c) plaatselijke vertegenwoordigers van vrijwilligers.

Een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg neemt elke, in het eerste lid bedoelde, dienst, organisatie of groepering die dit wenst en die zich ertoe verbindt de bepalingen van dit decreet na te leven, op als lid, tenzij er gegronde redenen zijn om deze te weigeren. Een beslissing tot weigering wordt met vermelding van de redenen meegedeeld aan de dienst, organisatie of groepering in kwestie en aan de administratie.

§ 2. Een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg kan pas erkend worden als de diensten voor gezinszorg, de huisartsen, de lokale dienstencentra, de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, de rusthuizen al dan niet met RVT bedden, de verpleegkundigen en vroedvrouwen en de ziekenfondsdiensten voor maatschappelijk werk en woonondersteuning door plaatselijke afgevaardigden, vertegenwoordigd zijn.

Indien in een werkgebied van een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg een of meerdere van de in het eerste lid bedoelde categorieën van zorgaanbieders ontbreken, dan vervalt deze erkenningsvoorwaarde met betrekking tot deze categorie van zorgaanbieders.

Indien in een werkgebied van een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg een of meerdere van de in het eerste lid bedoelde categorieën van zorgaanbieders niet bereid zijn vertegenwoordigd te worden, dan vervalt deze erkenningsvoorwaarde met betrekking tot deze categorie van zorgaanbieders, mits naast de huisartsen en verpleegkundigen en vroedvrouwen minstens drie van de resterende categorieën bedoeld in het eerste lid zijn vertegenwoordigd.

§ 3. Een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg kan pas erkend worden als voor het werkgebied van het initiatief in kwestie, per categorie van zorgaanbieders die deel uitmaakt van het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg, minstens de helft van de georganiseerde zorg vertegenwoordigd is.

De Vlaamse regering bepaalt hiertoe nadere regels en kan uitzonderingen bepalen bij de verplichting, bepaald in het eerste lid.

#### *Afdeling IV. — Werkgebied*

**Art. 13. § 1.** De Vlaamse regering bepaalt het werkgebied van een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg op basis van een geografische indeling van het Vlaamse Gewest.

De Vlaamse regering ziet erop toe dat de werkgebieden geografisch op elkaar zijn afgestemd, elkaar niet overlappen en, tenzij dit onmogelijk blijkt, heel het Vlaamse Gewest en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad bestrijken.

§ 2. Voor de grootstedelijke gebieden Gent, Antwerpen en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad kan de Vlaamse regering bepalen dat de taken van een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg van de betreffende grootstedelijke gebieden toevertrouwd worden aan afdelingen van een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg.

Hiertoe verdeelt het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg het werkgebied in kleinere deelgebieden wanneer dit nodig blijkt om de kwaliteit van de zorgverlening te optimaliseren.

§ 3. Een gemeente kan slechts deel uitmaken van het werkgebied van één samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg.

HOOFDSTUK V. — *Partnerorganisaties*

**Art. 14. § 1.** De Vlaamse regering kan in het kader van dit decreet partnerorganisaties met rechtspersoonlijkheid erkennen en eventueel hun werkgebied bepalen.

§ 2. De Vlaamse regering bepaalt de erkenningsvoorwaarden, de regels inzake de duur, de schorsing en de intrekking van de erkenning.

§ 3. Enkel een erkende partnerorganisatie waarmee de Vlaamse regering een beheersovereenkomst afsluit, komt in aanmerking voor subsidiëring.

Deze beheersovereenkomst geldt voor minimaal drie en maximaal vijf jaar en omvat minstens :

1° het beleidsplan voor de duurtijd van de beheersovereenkomst dat minstens de volgende gegevens bevat :

a) de resultaatgebieden voor de uitvoering van de beheersovereenkomst;

b) de indicatoren met betrekking tot de resultaatgebieden om onder meer de uitvoering van de beheersovereenkomst te kunnen evalueren;

2° de financieringsvoorwaarden en -modaliteiten, waaronder de bepaling van de subsidie-enveloppe en de mate waarin die ingevolge indexering en weddendrift evolueert.

**Art. 15.** Het erkenningsbesluit van de partnerorganisatie en/of het beleidsplan, bedoeld in artikel 14, § 3, 1°, vermelden de aard van de deskundigheid van de partnerorganisatie, aan welke doelgroepen de partnerorganisatie minstens ondersteuning biedt en welke haar opdrachten zijn ten aanzien van de Vlaamse overheid.

HOOFDSTUK VI. — *Registratie en gegevensuitwisseling*

**Art. 16. § 1.** Het zorgcontinuüm moet verzekerd worden, onder andere door de uitwisseling van gegevens die noodzakelijk zijn om de continuïteit en de kwaliteit van de zorgverlening te verzekeren tussen de zorgaanbieders onderling en tussen de zorgaanbieders en organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod. Deze gegevensuitwisseling gebeurt door middel van een operationeel informatiesysteem dat de uitwisseling optimaal laat verlopen.

Indien de gegevensuitwisseling door organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod een weerslag heeft op de financiering door de federale overheid van de exploitatie, dan gebeurt deze gegevensuitwisseling op vrijwillige basis.

§ 2. De samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties, participeren op verzoek van de Vlaamse regering aan de uitbouw en aan de werking van een epidemiologisch informatiesysteem om het gezondheidsbeleid zo veel mogelijk wetenschappelijk te onderbouwen.

§ 3. Met betrekking tot § 1 en § 2 bepaalt de Vlaamse regering, na advies van de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer, nadere regels.

**Art. 17. § 1.** De Vlaamse regering kan, in het kader van de operationele en epidemiologische gegevensuitwisseling, bedoeld in artikel 16, samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties, verplichten om voor hun identificatie gebruik te maken van een identificatiecode, die hen op een eenvormige en unieke manier vereenzelvigd.

§ 2. Bovendien kan in het kader van de gegevensuitwisseling, bedoeld in artikel 16, en na advies van de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer, een gelijkaardig systeem opgelegd worden voor de identificatie van de gebruikers.

§ 3. Met betrekking tot § 1 en § 2 kan de Vlaamse regering nadere regels bepalen.

HOOFDSTUK VII. — *Verantwoordingsplicht en toezicht*

**Art. 18. § 1.** Alle samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties, die door de Vlaamse regering erkend en/of gesubsidieerd worden voor opdrachten binnen het kader van dit decreet, moeten verantwoording afleggen en zijn onderworpen aan toezicht.

De Vlaamse regering organiseert het toezicht en de controle op de naleving van dit decreet.

§ 2. De ambtenaren die de Vlaamse regering belast met het toezicht, hebben het recht de in § 1 bedoelde samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties te bezoeken en ter plaatse zelf kennis te nemen van alle stukken en bescheiden die noodzakelijk of relevant zijn voor de uitoefening van hun ambt.

Van hun vaststellingen maken zij een verslag op waarvan een afschrift wordt overgemaakt aan het samenwerkingsverband op het niveau van de praktijkvoering, het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg of de partnerorganisatie in kwestie.

§ 3. De Vlaamse regering kan nadere regels bepalen met betrekking tot § 1 en § 2.

**Art. 19.** De subsidies die de Vlaamse regering toekent aan samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties, voor opdrachten binnen het kader van dit decreet, kunnen enkel aangewend worden voor de uitvoering van deze opdrachten.

**Art. 20. § 1.** Onverminderd artikel 18 zijn alle samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties, die door de Vlaamse regering gesubsidieerd worden voor opdrachten inzake uitvoering en/of ondersteuning van de eerstelijnsgezondheidszorg, op eenvoudig verzoek van de Vlaamse regering gehouden tot het kenbaar maken van alle andere financiële middelen dan de middelen die verkregen werden binnen het kader van dit decreet. Alle stukken ter staving moeten op eenvoudig verzoek ter beschikking gesteld kunnen worden.

§ 2. Tenzij dubbele financiering van eenzelfde activiteit wordt aangetoond, worden de buiten dit decreet verworven financiële middelen niet in mindering gebracht van de subsidies die via dit decreet werden verkregen.

§ 3. Het aanleggen van reserves kan worden toegestaan. De Vlaamse regering bepaalt hiertoe nadere regels.

HOOFDSTUK VIII. — *Administratieve sancties*

**Art. 21.** § 1. Onverminderd de toepassing van de federale algemene bepalingen inzake de controle op het verlenen en het gebruik van de door de gemeenschappen en gewesten toegekende subsidies, kan de subsidie van een samenwerkingsverband op het niveau van de praktijkvoering, een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg en een partnerorganisatie, geheel of gedeeltelijk ingehouden of teruggevorderd worden indien een of meerdere van de volgende verplichtingen niet wordt nageleefd :

- 1° de verplichting tot het kenbaar maken van andere financiële middelen, bedoeld in artikel 20, § 1.
- 2° het uitwisselen van gegevens in het kader van het epidemiologische informatiesysteem, bedoeld in artikel 16, § 2;
- 3° het gebruiken van een identificatiecode voor de gegevensuitwisseling, bedoeld in artikel 17;

§ 2. Het bedrag van de inhouding of terugvordering wordt door de administratie soeverein bepaald, rekening houdend met de ernst van de feiten.

**Art. 22.** De erkenning van een samenwerkingsverband op het niveau van de praktijkvoering, een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg en een partnerorganisatie, kan geschorst of ingetrokken worden indien ze niet of niet meer voldoet aan de verplichtingen die voortvloeien uit dit decreet.

**Art. 23.** Een administratieve sanctie, zoals bedoeld in artikel 21 en 22, kan slechts uitgevoerd worden als :

- 1° de betrokkene vanwege de administratie een schriftelijke aanmaning heeft ontvangen de verplichtingen in kwestie na te komen;
- 2° de betrokkene de verplichtingen in kwestie niet is nagekomen binnen de door de administratie bepaalde termijn;
- 3° de betrokkene werd uitgenodigd om gehoord te worden door de administratie.

HOOFDSTUK IX. — *Procedure inzake erkenning, schorsing en intrekking van een erkenning*

**Art. 24.** § 1. Met betrekking tot de samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en de partnerorganisaties, regelt de Vlaamse regering de procedure inzake erkenning en inzake schorsing en intrekking van de erkenning.

§ 2. De Vlaamse Adviesraad inzake erkenning van verzorgingsvoorzieningen, opgericht bij het decreet van 20 december 1996 houdende oprichting van een Vlaamse Gezondheidsraad en van een Vlaamse Adviesraad inzake erkenning van verzorgingsvoorzieningen, geeft advies met betrekking tot bezwaar- of verweermiddelen die in het kader van deze procedures ingediend worden bij een voornemen tot weigering, schorsing of intrekking van erkenning.

HOOFDSTUK X. — *Overgangsbepalingen en inwerkingtreding*

**Art. 25.** De volgende besluiten blijven van kracht tot aan hun opheffing :

1° het besluit van de Vlaamse Regering van 21 december 1990 houdende coördinatie en ondersteuning van de thuisverzorging, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse regering van 18 december 1991, 28 december 1997, 7 april 1998 en 30 november 2001;

2° het besluit van de Vlaamse Regering van 3 mei 1995 houdende erkenning en subsidiëring van palliatieve netwerken, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse regering van 8 december 1998 en 30 november 2001.

**Art. 26.** Het advies van de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer, bedoeld in artikel 16, § 3 en artikel 17, § 2, wordt ingewonnen tot de Vlaamse regering een eigen toezichtcommissie opricht.

In afwachting van het in werking treden van nieuwe regelgeving met betrekking tot de ziekenfondsdiensten voor maatschappelijk werk en woonondersteuning, wordt voor de toepassing van artikel 12 onder ziekenfondsdienst voor maatschappelijk werk en woonondersteuning verstaan, het centrum voor algemeen welzijnswerk in het kader van de ziekenfondsen, bedoeld in het decreet van 19 december 1997 betreffende het algemeen welzijnswerk, al dan niet in samenwerking met een of meer regionale dienstencentra, bedoeld in het decreet van 14 juli 1998 houdende de erkenning en de subsidiëring van verenigingen en welzijnsvoorzieningen in de thuiszorg.

**Art. 27.** Dit decreet treedt in werking op de tiende dag na de bekendmaking ervan in het *Belgisch Staatsblad*, met uitzondering van artikel 10, § 1, 10°, 11° en 12°, die slechts in werking treden op een door de Vlaamse regering vast te stellen datum.

Kondigen dit decreet af, bevelen dat het in het *Belgisch Staatsblad* zal worden bekendgemaakt.

Brussel, 3 maart 2004.

De minister-president van de Vlaamse regering,

B. SOMERS

De Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen,

A. BYTTEBIER

Nota

(1) Verwijzingen

*Zitting 2003-2004*

*Stukken* — Ontwerp van decreet : 1882 - Nr. 1. — Verslag over hoorzitting : 1882 - Nr. 2. — Amendementen : 1882 - Nrs. 3 en 4. — Verslag : 1882 - Nr. 5. — Text aangenomen door de plenaire vergadering : 1882 - Nr. 6.

*Handelingen*. — Bespreking en aanneming : Vergadering van 18 februari 2004.

# Woonzorgdecreet

# Inhoud

---

## Woonzorgdecreet

Voor de regelgeving betreffende het Woonzorgdecreet verwijzen we naar de website van het Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid [http://www.zorg-en-gezondheid.be/woonzorgdecreet\\_thuiszorg.aspx](http://www.zorg-en-gezondheid.be/woonzorgdecreet_thuiszorg.aspx)

- Woonzorgdecreet

<http://jsp.vlaamsparlement.be/docs/stukken/2008-2009/g1975-7.pdf>

- Uitvoeringsbesluiten

<http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/NLsite/Regelgeving/Thuiszorg/BVR%20uitvoering%20woonzorgdecreet.pdf>

<http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/NLsite/Regelgeving/Thuiszorg/7.%20BVR%2024.07.09%20uitvoering%20woonzorgdecreet%20bijlage%20VII.pdf>