

**RIZIV**

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

2014/1

**DIENST GENEESKUNDIGE VERZORGING**

**Correspondent :** Lieselotte Huyghe,  
Attaché  
**Tel :** 02/739.73.57 **Fax :** 02/739.73.52  
**E-mail :** psy@riziv.fgov.be  
**Onze referte:** Br\Gv\1300\

Brussel, 27-06-2014

**Toelichting bij de wijzigingen ingevolge het KB van 18 juni 2014 (BS 27/06/2014) tot wijziging van het koninklijk besluit van 27 maart 2012 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.**

Geachte,

Sinds 1 april 2012 is specifieke regelgeving (KB van 27 maart 2012) inzake het overleg rond de psychiatrische patiënt thuis van kracht. Deze regelgeving is de opvolger van de zgn. therapeutische projecten in de geestelijke gezondheidszorg die liepen van april 2007 tot en met maart 2012. Het KB voorziet in de vergoeding van:

- een referentiepersoon
- de organisatie en coördinatie van het overleg
- de deelnemers aan overleg
- de administratie en facturatie

Bij de opmaak werd ervan uitgegaan dat ongeveer 4000 patiënten in aanmerking zouden komen voor ten laste neming via het besluit. Uit de jaarverslagen van 2012 die mijn Dienst ontving van de GDT's konden we opmaken dat er veel minder patiënten via het besluit opgevolgd werden dan initieel werd ingeschat. Dit werd bevestigd in de documenten betreffende de uitgaven voor deze sector.

Via de GDT's vernam de werkgroep van het Verzekeringscomité dat er op het terrein nogal wat praktische moeilijkheden zijn met de toepassing van het KB: de voorwaarden op vlak van doelgroep zijn erg streng, de verplichte aanwezigheid van de eerstelijnsgezondheidszorg voor kinderen en jongeren is moeilijk haalbaar, de vergoeding voor de coördinator dekt de kostprijs niet, ...

Om het besluit toegankelijker en werkbaarder te maken op het terrein werd door de werkgroep van het Verzekeringscomité een wijzigingsbesluit (zie gecoördineerd besluit als bijlage) voorgesteld dat de volgende wijzigingen bevat:

#### Doelgroep:

- de criteria 'comorbiditeit' en 'toename van de intensiteit of de frequentie van de symptomen' worden samengevoegd onder het criterium 'psychiatrische hoofddiagnose op basis van de groepen van pathologieën uit de DSM IV TR of DSM V';
- voorafgaand GGZ-contact: een uitbreiding van de mogelijkheden om aan dit criterium te voldoen;
- FOR-K projecten: een overgangmaatregel wordt voorzien voor patiënten die tot en met 2013 ten laste genomen werden via een FOR-K project. Deze overgangmaatregel is analoog aan deze in 2012 bij de overgang van de therapeutische projecten naar het huidige KB.

#### Deelnemers overleg

De verplichte aanwezigheid van een gezondheidszorgbeoefenaar of hulpverlener uit de eerstelijnsgezondheidszorg wordt aangevuld met 'of een dienst van de welzijnszorg erkend door de bevoegde Gewesten of Gemeenschappen'.

#### Organisatie en coördinatie

De vergoeding voor de organisatie en coördinatie van het overleg wordt verhoogd. Tevens wordt er een onderscheid gemaakt tussen een eerste overleg en een opvolgoverleg.

#### Referentiepersoon

De rol van referentiepersoon kan opgenomen worden door gezondheidszorgbeoefenaars, door klinisch psychologen, door maatschappelijk werkers of door orthopedagogen die een directe therapeutische relatie of hulpverleningsrelatie hebben met de patiënt.

Voor kinderen en jongeren kan deze rol eveneens opgenomen worden door personeelsleden van erkende diensten en instellingen die professioneel hulp verlenen. Het gaat, bij voorbeeld, gaan om een criminoloog werkzaam in op de jeugdrechtbank of een justitiehuis, een zorgleerkracht van een school, ...

#### Vergoeding deelnemers van instellingen en diensten

Deelnemers van instellingen en diensten dienden één gezamenlijke vergoeding te delen. Het wijzigingsbesluit voorziet dat de tegemoetkoming voor overleg maximaal twee keer kan aangerekend worden indien meerdere diensten of instellingen die professioneel zorg of hulp verlenen aanwezig zijn.

#### Aantal keer vergoedbaar overleg

Voor volwassenen blijft het overleg waarbij aan de voorwaarden van het besluit voldaan is 3 keer per jaar vergoedbaar. Voor kinderen en jongeren wordt dit opgetrokken tot 5 keer.

### **Facturatieinstructies**

Het besluit brengt twee wijzigingen met zich mee op vlak van de facturatie.

- 1) Nieuwe pseudocodes voor de vergoeding van de organisatie en coördinatie.

Vermits er nieuwe vergoedingen zijn voor de organisatie en coördinatie van het overleg, wordt de vroegere pseudocode (777416-777420) geschrapt en vervangen door de volgende nieuwe pseudocodes :

organisatie en coördinatie 1 <sup>e</sup> overleg	777453-777464	215,25 euro
organisatie et coördinatie opvolgoverleg	777475-777486	145,25 euro

Dit betekent dat ook het model van factuur aangepast werd. Via een bijkomende kolom wordt er een onderscheid gemaakt tussen het eerste overleg en het opvolgoverleg. Het nieuwe model van factuur gaat als bijlage 2.

## 2) Vergoeding deelnemers instellingen en diensten

Indien meerdere diensten of instellingen die professioneel zorg of hulp verlenen aanwezig zijn, kan de tegemoetkoming voor overleg maximaal twee keer aangerekend worden.

Het wijzigingsbesluit treedt in werking met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2014.

Dit betekent dat GDT's die gewacht hebben op de publicatie van het wijzigingsbesluit om te factureren, de facturatie meteen correct kunnen uitvoeren aan de hand van het nieuwe model van factuur en bovenvermelde instructies.

GDT's die reeds overleg factureerden voor de eerste maanden van 2014 en bijgevolg een te laag bedrag voor de organisatie en coördinatie aanrekenden en/of een vergoeding te weinig aanrekenden voor de prestatie "overleg thuis" of "overleg elders" voor de deelnemers van instellingen en diensten, kunnen een correctiefactuur opmaken volgens het model in bijlage 3.

De correctiefactuur wordt aan de mutualiteit overgemaakt samen met een volgende maandelijks factuur.

In bijlage 4 vindt u een voorbeeld van een ingevulde correctiefactuur.

### **Document verklaring arts**

Ingevolge de wijzigingen aan de definiëring van de doelgroep werd ook het document "verklaring arts", dat bewaard dient te worden in het begeleidingsplan van de patiënt, vervangen door een nieuwe versie die u kan vinden als bijlage 5.

Hoogachtend,

Ri De Ridder  
Directeur-generaal.



FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID



**27 MAART 2012 - 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 nr. 8/2012 van de Commissie voor bescherming van de persoonlijke levenssfeer, gegeven op 8 februari 2012;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 11 januari 2012;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting, gegeven op 27 februari 2012;

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

Gelet op de wetten van de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, artikel 3, § 1;

De verzekeringstegemoetkomingen bepaald in dit besluit vervangen de vergoedingen voorzien in het koninklijk besluit van 22 oktober 2006 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met



SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE



**27 MARS 2012 - Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'Assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 3°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement de la participation à une concertation autour du patient psychiatrique, l'organisation et la coordination de cette concertation et la fonction de personne de référence.**

*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, l'article 56, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 3° ;

Vu l'arrêté royal du 22 octobre 2006 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 3°, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement des projets thérapeutiques en matière de soins de santé mentale;

Vu l'avis de la Commission de Contrôle Budgétaire, donné le 23 novembre 2011;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 28 novembre 2011;

Vu l'avis n° 8/2012 de la Commission de la protection de la vie privée, donné le 8 février 2012 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 11 janvier 2012 ;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 27 février 2012 ;

Vu l'examen préalable de la nécessité de réaliser une évaluation d'incidence, concluant qu'une évaluation d'incidence n'est pas requise ;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, l'article 3, § 1<sup>er</sup> ;

Les interventions de l'assurance stipulées dans cet arrêté remplacent les remboursements prévus dans l'arrêté royal du 22 octobre 2006 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en

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. De overeenkomsten gesloten in het kader van het koninklijk besluit van 22 oktober 2006 eindigen op 31 maart 2012. Teneinde de continuïteit in het overleg rond de patiënten bedoeld in artikel 2 te waarborgen dient dit besluit gepubliceerd te worden voor 1 april 2012.

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”: erkend door het Waals gewest in toepassing van de Waalse code inzake sociale Actie en Gezondheid of “centre de coordination de soins et de services à domicile” erkend in het kader van het decreet van de Franse Gemeenschapscommissie van 5 maart 2009 betreffende het aanbod van ambulante diensten in de domeinen van de sociale actie, het gezin en de gezondheid ;

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;

*Art. 1 punt 3° aangevuld bij KB van 18 juni 2014 van toepassing vanaf 1/1/2014*

De relatie tussen de hulpverlener en de patiënt wordt in het vervolg van dit besluit “hulpverleningsrelatie” genoemd.;

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;

*Art. 1 punt 4° aangevuld bij KB van 18 juni 2014 van toepassing vanaf 1/1/2014*

De relatie tussen de gezondheidszorgbeoefenaar en de patiënt wordt in het vervolg van dit besluit “therapeutische relatie” genoemd;

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

application de l'article 56, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 3°, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement des projets thérapeutiques en matière de soins de santé mentale. Les conventions conclues dans le cadre de l'arrêté royal du 22 octobre 2006 se terminent le 31 mars 2012. Afin de garantir la continuité de la concertation autour des patients visés à l'article 2, cet arrêté doit être publié avant le 1<sup>er</sup> avril 2012.

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

NOUS AVONS ARRETE ET ARRETONS:

#### CHAPITRE I.- *Définitions*

**Article 1<sup>er</sup>.** En vue de l'application du présent arrêté, il convient d'entendre par :

1° “centre de coordination des soins et de l'aide à domicile, en abrégé CCSD” : les centres de coordination des soins et de l'aide à domicile agréés par la Région wallonne en application du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé ou le « centre de coordination de soins et de services à domicile » : centre agréé dans le cadre du décret de la Commission communautaire française du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé ;

2° “service intégré de soins à domicile, en abrégé SISD” : service agréé dans le cadre de l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile ;

3° “dispensateur d'aide”: psychologue clinicien, orthopédagogue, travailleur social ainsi que services ou institutions dispensant une aide professionnelle ;

*Art. 1 point 3° complété par AR du 18 juin en vigueur le 1/1/2014*

La relation entre le dispensateur d'aide et le patient est appelée «relation d'aide» dans la suite du présent arrêté ;

4° “ professionnels des soins de santé”: les personnes visées à l'arrêté royal du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé et ses arrêtés d'exécution;

*Art. 1 point 4° complété par AR du 18 juin en vigueur le 1/1/2014*

La relation entre le professionnel des soins de santé et le patient est appelée «relation thérapeutique» dans la suite du présent arrêté ;

5° “Initiative de coopération Soins de santé primaires, en abrégé SEL”: une initiative de coopération agréé par le Gouvernement flamand de représentants de prestataires de soins et éventuellement de représentants d'intervenants de proximité ou de volontaires, orientée vers l'optimisation des soins dans une zone délimitée géographiquement tel que visée à l'article 2, 11°, du décret du Gouvernement flamand du 3 mars 2004 relatif aux soins de santé primaires et à la coopération entre les

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;

prestataires de soins ;

6° "Projet thérapeutique": projet qui au 31 mars 2012 tombe sous l'application de l'arrêté royal du 22 octobre 2006 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1er, 3°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement des projets thérapeutiques en matière de soins de santé mentale ;

7° "Loi sur les hôpitaux": Loi relative aux hôpitaux et autres établissements de soins, coordonné le 10 juillet 2008 ;

8° "zone de soins": la région géographique sur laquelle s'étend l'activité du service intégré de soins à domicile, tel que stipulé dans :

a) l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile;

b) l'annexe 1 à l'arrêté du Gouvernement wallon du 18 décembre 2003 relatif à l'agrément spécial des maisons de repos et de soins, des centres de soins de jour pour personnes âgées, des maisons de soins psychiatriques et des services intégrés de soins à domicile ;

c) l'annexe au décret flamand du 28 novembre 2008 relatif à la répartition en régions de soins et relatif à la coopération et la programmation de structures de santé et de structures d'aide sociale ;

d) l'arrêté du Gouvernement de la Communauté germanophone du 26 septembre 2003 relatif à l'agrément des services intégrés de soins à domicile ;

## HOOFDSTUK II.- Doelgroep

Artikel 2, §1, 1° vervangen bij KB van 18 juni 2014 van toepassing vanaf 1/1/2014

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

<sup>1</sup> 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 (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 ;

<sup>2</sup> 1° les patients présentant une problématique psychiatrique pour laquelle un diagnostic principal est posé sur la base des groupes de pathologies du « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) » ou de l' « International Classification of Diseases (ICD 10-CM) » qui est de nature répétitive ou potentiellement de nature répétitive. Toutefois les groupes qui se rapportent uniquement ou sont composés d'une combinaison exclusive des pathologies suivantes sont exclus comme diagnostic principal:

- a. démence ;
- b. autres troubles cognitifs avec causes médicales vasculaires ou traumatiques ;
- c. épilepsie ;
- d. retard mental ;
- e. troubles neurologiques ;

## CHAPITRE II.- Groupe cible

Article 2, § 1<sup>er</sup>, 1° remplacé par AR du 18 juin en vigueur le 1/1/2014<sup>2</sup>

**Article 2 § 1er.** Les prestations définies dans le présent arrêté s'appliquent aux patients qui satisfont à toutes les conditions suivantes :

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 TR of DSM V)” of de “International Classification of Diseases (ICD-10-CM)”, die van herhalende aard of potentieel van herhalende aard is en die als ernstig wordt beschouwd gezien de intensiteit en/of frequentie van de symptomen of/en de aanwezigheid van comorbiditeit. De aanwezigheid van comorbiditeit betekent dat naast de hoofddiagnose hiervoor bepaald de patiënt minstens nog één bijkomende psychiatrische problematiek heeft waarvan de diagnose is gesteld op basis van de groepen van pathologieën uit de “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV TR of DSM V)” of de “International Classification of Diseases (ICD-10-CM)”. 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;

*Art. 2, § 1, punten 3° en 4° geschrapt bij KB van 18 juni 2014 toepassing vanaf 1/1/2014<sup>3</sup>*

5° voorafgaand contact met 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

1° les patients présentant une problématique psychiatrique pour laquelle un diagnostic principal est posé sur la base des groupes de pathologies du « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV TR ou DSM V) » ou de l' « International Classification of Diseases (ICD 10-CM) » qui est de nature répétitive ou potentiellement de nature répétitive et qui est considérée comme sérieuse au vu de l'intensité et/ou de la fréquence des symptômes et/ou de la présence de comorbidité. La présence de comorbidité signifie qu'outre le diagnostic principal défini ci-avant le patient présente encore au moins un trouble psychiatrique dont le diagnostic est posé sur la base des groupes de pathologies du « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV TR ou DSM V) » ou de l'« International Classification of Diseases (ICD-10-CM) ». Toutefois les groupes qui se rapportent uniquement ou sont composés d'une combinaison exclusive des pathologies suivantes sont exclus comme diagnostic principal:

- a. démence ;
- b. autres troubles cognitifs d'origine médicales vasculaires ou traumatiques ;
- c. épilepsie ;
- d. retard mental ;
- e. troubles neurologiques ;

2° les patients pour lesquels au minimum trois professionnels des soins de santé ou dispensateurs d'aide décident qu'un plan d'accompagnement tel que visé à l'article 3, d'une durée de 12 mois au moins soit établi ;

*Art.2, § 1er, points 3° et 4° supprimés par AR du 18 juin en vigueur le 1/1/2014<sup>4</sup>*

5° contact préalable avec les soins de santé mentale dans le cadre de l'affection psychiatrique qui satisfait au moins à une des conditions suivantes :

- a. une admission dans un hôpital psychiatrique, un service psychiatrique d'un hôpital général ou un service K d'au moins 14 jours, au plus tard un an auparavant ;
- b. une prise en charge pendant au moins 14 jours par les équipes mobiles prévues dans le cadre de l'article 107 de la Loi sur les hôpitaux, au plus tard un an auparavant ;
- c. une prise en charge pendant au moins 14 jours

<sup>3</sup> 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 (ICD-10-CM)”;

<sup>4</sup> 4° toename van de intensiteit of de frequentie van de symptomen;

<sup>4</sup> 3° comorbidité : outre le diagnostic principal défini au point 1° du présent article, le patient présente encore au moins un trouble psychiatrique dont le diagnostic est posé sur la base des groupes de pathologies du « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) » ou de l'« International Classification of Diseases (ICD-10-CM) » ;

<sup>4</sup> 4° augmentation de l'intensité ou de la fréquence des symptômes ;

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.

*Artikel 2, §1, 5° aangevuld bij KB van 18 juni 2014 van toepassing vanaf 1/1/2014*

- f. een tenlasteneming gedurende minstens 14 dagen door een team psychiatrische zorg thuis vanuit een initiatief voor beschut wonen;
- g. voor volwassenen: een tenlasteneming gedurende één jaar door een psychiater of een centrum geestelijke gezondheidszorg;
- h. voor kinderen en jongeren: een tenlasteneming gedurende zes maanden door een kinderpsychiater of een centrum geestelijke gezondheidszorg.

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;

d'un projet outreach pour enfants et adolescents financé par le SPF Santé publique, au plus tard un an auparavant ;

- d. une admission pendant au moins 14 jours dans d'autres services hospitaliers où un psychiatre est appelé en consultation, au plus tard un an auparavant. Un des numéros de nomenclature suivants a été porté en compte 599443, 599465, 596562, 596584 ;
- e. pour les enfants et adolescents: un accompagnement d'au moins 6 mois dans un service de santé mentale, au plus tard un an auparavant ou une inscription par la police, le parquet ou le juge de la jeunesse au plus tard un mois auparavant.

*Article 2, § 1<sup>er</sup>, 5° complété par AR du 18 juin en vigueur le 1/1/2014*

- f. une prise en charge pendant au moins 14 jours par une équipe de soins psychiatriques à domicile depuis une initiative d'habitation protégée.
- g. pour les adultes : une prise en charge pendant un an par un psychiatre ou un centre de soins de santé mentale.
- h. pour les enfants et adolescents : une prise en charge pendant six mois par un pédopsychiatre ou un centre de soins de santé mentale.

C'est une condition lors de la première prise en charge et lors d'une nouvelle prise en charge qui ne se rattache pas à une précédente période de prise en charge ;

6° pour les adultes et/ou les personnes âgées, à la suite de l'affection psychiatrique, le patient a perdu certaines aptitudes ou dispose seulement d'aptitudes limitées dans au moins trois des domaines suivants :

- a. l'autonomie de base, soit les activités indispensables à la satisfaction des besoins personnels de base : se nourrir, se laver, aller aux toilettes et s'habiller ;
- b. l'autonomie en matière de logement, soit les aptitudes nécessaires pour l'organisation journalière sur le plan ménager : cuisiner, faire le ménage, laver et repasser, veiller à sa santé et à sa sécurité ;
- c. l'autonomie au sein de la collectivité, soit les aptitudes requises pour se déplacer en société, pour utiliser les moyens qu'offre la société, pour faire des achats, gérer son argent et respecter les lois et règlements de la société ;
- d. la langue et la communication, soit la communication sous ses aspects réceptifs et expressifs. Les aptitudes visées concernent principalement les possibilités d'avoir des contacts avec autrui ;



- 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, zich 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

- e. l'adaptation sociale, soit les aptitudes requises pour s'intégrer dans un groupe ou une association. Sont concernées ici l'attitude envers soi-même (connaissance de soi et image de soi), l'attitude envers autrui (relations interpersonnelles), la participation à la vie en communauté ;
- f. le travail, soit les composantes essentielles d'une intégration professionnelle : motivation, compétences et aptitudes de base, capacités à s'intégrer dans une équipe ;
- g. les connaissances scolaires, soit les aptitudes intellectuelles de l'individu, tant concernant les connaissances élémentaires que la lecture, l'écriture et le calcul ;
- h. la motricité, soit les aptitudes locomotrices d'un individu telles que la posture, les aptitudes de base au niveau locomoteur, la motricité fine, les aptitudes psychomotrices et les capacités à effectuer des activités physiques ;
- i. un comportement personnel adapté, soit certains comportements, attitudes ou symptômes socialement indésirables. Alors que les précédents domaines portaient sur des aptitudes à acquérir ou rétablir, ce domaine-ci met l'accent sur les attitudes ou les comportements qui devraient disparaître ;

7° pour les enfants et les adolescents, à la suite de l'affection psychiatrique, le patient a perdu certaines aptitudes ou dispose seulement d'aptitudes limitées dans au moins trois des domaines suivants :

- a. l'autonomie de base, soit les activités indispensables à la satisfaction des besoins personnels de base : se laver, s'habiller, manger, ...
- b. l'autonomie au sein de la collectivité, soit apprendre à gérer son argent, faire des (petits) achats, se déplacer en autonomie (vélo, transports en commun, ...);
- c. la langue et la communication, soit la communication sous ses aspects réceptifs et expressifs. Les aptitudes visées concernent principalement les possibilités d'avoir des contacts avec autrui ;
- d. le fonctionnement au sein de la famille ou de la famille de substitution, soit le maintien d'une relation de confiance avec les parents ou d'autres responsables de soins et des capacités à vivre ensemble avec d'autres enfants, frères ou sœurs ;
- e. l'entente sociale, soit les capacités requises pour s'entendre avec des personnes du même âge. Sont concernées ici l'attitude envers soi-même

houding tegenover zichzelf (zelfkennis en zelfbeeld), de houding tegenover anderen (interpersoonlijke 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.

*artikel 2, §2 - lid toegevoegd bij KB van 18 juni 2014 van toepassing vanaf 1/1/2014*

De verstrekkingen in dit besluit zijn eveneens van toepassing op patiënten die op het moment dat de therapeutische projecten voor jongere patiënten met een psychiatrische problematiek die onder een justitiële maatregel vallen (FOR-K) aflopen nog ten laste genomen worden door een dergelijk 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

(connaissance de soi et image de soi), l'attitude envers autrui (relations interpersonnelles), la participation à la vie du quartier ;

- f. l'école, soit les composantes essentielles d'une intégration en milieu scolaire : motivation, compétences de base, aptitudes sociales, capacités à fonctionner dans le cadre d'une relation d'autorité. Il s'agit à la fois des aptitudes cognitives et du fonctionnement psychique et émotionnel qui peuvent réprimer celles-ci ;
- g. la motricité, soit les aptitudes locomotrices d'un individu telles que la posture, les aptitudes de base au niveau locomoteur, la motricité fine, les aptitudes psychomotrices et les capacités à effectuer des activités physiques ;
- h. un comportement personnel adapté, soit certains comportements, attitudes ou symptômes socialement indésirables. Alors que les précédents domaines portaient sur des aptitudes à acquérir ou à rétablir, ce domaine-ci met l'accent sur les attitudes ou les comportements qui devraient disparaître.

**§2.** Les prestations définies dans le présent arrêté s'appliquent également aux patients qui, sont encore pris en charge par un projet thérapeutique au moment où les projets thérapeutiques s'achèvent, pour autant que les dispositions des articles 3, 5 et 10 s'appliquent à ces patients.

*Article 2, §2, alinéa inséré par AR du 18 juin en vigueur le 1/1/2014*

Les prestations du présent arrêté s'appliquent également aux patients qui, au moment où les projets thérapeutiques pour patients adolescents avec une problématique psychiatrique faisant l'objet d'une mesure judiciaire (for-K) s'achèvent, sont encore pris en charge par un tel projet thérapeutique pour autant que les dispositions des articles 3, 5 et 10 s'appliquent à ces patients.

### *CHAPITRE III.- Le plan d'accompagnement et la concertation autour du patient*

**Art.3.** Le plan d'accompagnement est établi au cours d'une réunion de concertation autour du patient conformément aux conditions fixées à l'article 5. Un plan d'accompagnement est établi dans les situations où les différents professionnels des soins de santé et dispensateurs d'aide doivent s'accorder. Il est un outil de coordination des activités concernant le patient. Un plan d'accompagnement répond aux critères suivants :

1° le plan d'accompagnement contient les données d'identification du patient et les coordonnées des professionnels des soins de santé et dispensateurs d'aide ainsi que les aidants informels concernés. Le patient ou sa famille doit avoir à sa disposition une liste de numéros de téléphones et d'adresses e-mail sur laquelle il est précisé avec quels services il peut prendre contact et à quel moment. En outre, il est prévu qui doit être contacté à quel

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 10;

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:

- a. datum overlegmoment;
- b. aanwezig op het overleg;
- c. locatie overleg: bij de patiënt thuis of elders;
- d. datum volgende overleg;
- e. identificatiegegevens van de referentiepersoon zoals bepaald in artikel 10;
- f. identificatiegegevens van de organisator en coördinator van het overleg zoals bepaald in artikel 7;
- g. voor de patiënten bedoeld in artikel 1, § 1, de 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. § 1.** 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.

moment en cas d'une hospitalisation urgente. Cette partie indique également qui est la personne de référence du patient telle que visée à l'article 10;

2° le plan d'accompagnement contient les données suivantes qui peuvent également servir au service ou l'institution avec lesquels une convention a été conclue en application de l'article 6 dans le cadre de la facturation :

- a. date du moment de concertation ;
- b. présences à la concertation;
- c. localisation de la concertation : au domicile du patient ou ailleurs ;
- d. date de la concertation suivante ;
- e. données d'identification de la personne de référence tel que prévue à l'article 10 ;
- f. données d'identification de l'organisateur et coordinateur de la concertation tel que prévue à l'article 7 ;
- g. pour les patients visés à l'article 1, § 1<sup>er</sup>, les données des quelles il ressort que le patient satisfait au conditions prévues à l'article 2, § 1, 5° et 6° ou 7°.

3° le plan d'accompagnement décrit en termes généraux les données qui peuvent avoir de l'importance pour la suite de l'aide et des soins ;

4° le plan d'accompagnement contient les objectifs généraux qui sont recherchés avec le patient. Les tâches prédéterminées convenues au point 5° représentent des activités / des actes pour atteindre ces objectifs généraux ;

5° le plan d'accompagnement décrit par épisode de soins – il s'agit de la période entre deux moments de concertation prévus – les tâches convenues, les activités de soins et les responsabilités tant des professionnels des soins de santé, dispensateurs d'aide et des aidants informels que du patient lui-même.

Les tâches convenues sont exprimées en temps et sont évaluées à tout moment de concertation au sein de l'équipe de soins et de préférence avec la participation du patient et/ou de sa famille, éventuellement corrigées et/ou achevées et font l'objet d'un compte rendu dans le plan d'accompagnement.

**Art. 4. § 1<sup>er</sup>.** Là où des rubriques du plan d'accompagnement correspondent à un plan de soins existant, celui-ci pourra être repris dans le plan d'accompagnement ou il pourra y être fait référence. Il conviendra donc d'annexer au plan d'accompagnement un extrait du plan de soins concerné.

**§ 2.** De begeleidingsplannen dienen door de dienst of instelling waarmee in toepassing van artikel 6 een overeenkomst is gesloten, bewaard te worden gedurende een termijn van 5 jaar. Deze termijn gaat in op het ogenblik dat aan de voorwaarden voor het organiseren van een overleg niet meer wordt voldaan, of op het ogenblik dat er geen taakafspraken meer worden gemaakt of als deze worden beëindigd.

**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, uit een centrum geestelijke gezondheidszorg, uit een dienst psychiatrische zorg in de thuissituatie gefinancierd via een initiatief voor beschut wonen, uit 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;

*Artikel 5 punt 3° vervangen bij KB van 18 juni 2014 van toepassing vanaf 1/1/2014*<sup>5</sup>

3° minstens één van de aanwezige gezondheidszorgbeoefenaars of hulpverleners is iemand uit de eerstelijnsgezondheidszorg of uit een dienst van de welzijnszorg erkend door de bevoegde Gewesten of Gemeenschappen;

4° de huisarts is uitgenodigd op het overleg.

#### HOOFDSTUK IV.- *Verstrekingen en verzekeringstegemoetkoming*

**Art. 6. § 1.** Voor de uitvoering van de hieronder bepaalde verstrekingen 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.

**§ 2.** Les plans d'accompagnements, doivent être conservés par le service ou l'institution avec lequel une convention a été conclue en application de l'article 6 pour une période de 5 ans. Ce délai démarre au moment où les conditions pour l'organisation d'une concertation ne sont plus satisfaites ou au moment où les tâches convenues ne sont plus accomplies ou sont terminées.

**Art. 5.** La concertation autour du patient répond aux conditions suivantes :

1° au moins trois types différents de professionnels des soins de santé et dispensateurs d'aide sont présents;

2° au moins un des professionnels des soins de santé et dispensateur d'aide présents est une personne issue du secteur des soins de santé mentale : d'un hôpital psychiatrique, d'un service psychiatrique d'un hôpital général, d'une maison de soins psychiatriques, d'une initiative d'habitation protégée, d'un service de santé mentale, d'un service de soins psychiatriques en milieu familial financé par une initiative d'habitation protégée, d'un centre de rééducation psychosociale ayant une convention avec l'INAMI pour enfants ou adultes, d'une équipe mobile telle que prévue dans le cadre de l'article 107 de la loi sur les hôpitaux ou un psychiatre ou pédopsychiatre établi comme indépendant ;

*Article 5, le point 3° remplacé par AR du 18 juin en vigueur le 1/1/2014*<sup>6</sup>

3° au moins un des professionnels des soins de santé ou dispensateurs d'aide présents est quelqu'un faisant partie des soins de première ligne ou d'un service d'aide aux personnes agréé par les Régions ou Communautés compétentes ;

4° le médecin généraliste est invité à la concertation.

#### CHAPITRE IV.- *Prestations et intervention de l'assurance*

**Art. 6. § 1<sup>er</sup>.** Pour l'exécution des prestations déterminées ci-dessous le Comité de l'assurance conclut une convention avec:

1° le service intégré de soins à domicile de la zone de soins concernée ;

2° s'il n'y a pas de service intégré de soins à domicile reconnu dans la zone de soins concernée : avec une initiative d'habitation protégée financée pour les soins psychiatriques à domicile ou avec un hôpital. Le Comité de l'assurance peut conclure maximum une convention par zone de soins. Cette convention doit couvrir toute la zone de soins.

<sup>5</sup> 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, een klinisch psycholoog, een orthopedagoog, een apotheker of een maatschappelijk werker;

<sup>6</sup> 3° au moins un des professionnels des soins de santé ou dispensateurs d'aide présents est quelqu'un faisant partie des soins de première ligne: un médecin généraliste, une infirmière à domicile, un kinésithérapeute, un logopède, une sage-femme, un ergothérapeute, un psychologue clinicien, un orthopédagogue, un pharmacien ou un travailleur social;

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 de 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 patiënt en aan alle andere gezondheidszorgbeoefenaars en hulpverleners;

*Artikel 7 punt 9° toegevoegd bij KB van 18 juni 2014 van toepassing vanaf 1/1/2014*

9° Ondersteunen van de referentiepersoon bij het opstellen van het begeleidingsplan.

**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 7 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 te kunnen stellen van het RIZIV:

Si un projet dans le cadre de l'article 107 de la Loi sur les hôpitaux est actif dans la zone de soins, le SISD, l'hôpital ou l'initiative d'habitation protégée avec lequel le Comité de l'assurance conclu une convention doit être impliqué comme partenaire actif du réseau dans ce projet.

#### A. Organisation et coordination de la concertation

**Art. 7.** Le service ou l'institution avec lesquels une convention a été conclue en application de l'article 6 est responsable de l'organisation et de la coordination des réunions de concertation autour du patient. Ceci comprend les tâches suivantes :

1° la délimitation de la demande de soins : consiste à vérifier avec le demandeur de la concertation si le patient fait partie du groupe cible défini à l'article 2 et quel est l'objectif à atteindre par la concertation multidisciplinaire ;

2° la connaissance de la carte sociale de la zone de soins, y compris sur le plan des soins de santé mentale et les soins de santé de première ligne ;

3° le recensement de tous les professionnels des soins de santé et dispensateurs d'aide concernés au niveau du patient ;

4° la planification de la concertation multidisciplinaire et la conclusion d'accords ;

5° la coordination (et, le cas échéant, la conduite) de l'entretien pendant la concertation multidisciplinaire ;

6° la formulation des conclusions des participants de la concertation multidisciplinaire en termes d'accords concrets ;

7° le contrôle de l'établissement du plan d'accompagnement conformément aux accords passés pendant la concertation ;

8° la réception du plan d'accompagnement de la personne de référence et ensuite la transmission du plan d'accompagnement au médecin généraliste du patient et à tous les autres professionnels des soins de santé et dispensateurs d'aide ;

*Article 7, point 9, inséré par AR du 18 juin en vigueur le 1/1/2014*

9° Soutien de la personne de référence pour la mise sur pied du plan d'accompagnement.

**Art. 8.** Le service ou l'institution avec lesquels une convention a été conclue en application de l'article 6 peut pour l'exécution des tâches mentionnées dans l'article 7 conclure un accord avec un SEL ou un CCSD. Il reste dans ce cas responsable pour le soutien et l'accompagnement de ceux avec qui il conclut un accord et doit à tout moment pouvoir mettre les données suivantes à la disposition de l'INAMI:

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° een overzicht van alle financiële stromen: ontvangen vergoedingen van de verzekeringsinstellingen en toegekende bedragen voor deelname aan overleg.

1° un récapitulatif des réunions de concertation, mentionnant les personnes présentes, la durée, le lieu ;

2° les conventions de coopération en cas de délégation de l'organisation et de la coordination ;

3° à l'intention des services de contrôle, une copie des plans d'accompagnement ;

4° un récapitulatif de tous les flux financiers : interventions reçues des organismes assureurs et montants accordés pour la participation à la concertation.

De dienst of instelling waarmee in toepassing van artikel 6 een overeenkomst is gesloten is verantwoordelijk voor de verwerking van de persoonsgegevens in het begeleidingsplan zoals bedoeld in artikel 1, § 4 van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.

*Artikel 9 vervangen bij KB van 18 juni 2014 van toepassing vanaf 1/1/2014*<sup>7</sup>

**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 een vergoeding aanrekenen van 206,60 euro voor een eerste overleg rond een patiënt en 139,41 euro per georganiseerd opvolgoverleg.

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 voor een eerste overleg rond een patiënt 206,60 euro worden aangerekend en voor een opvolgoverleg 139,41 euro. Deze bedragen worden nadien doorgestort aan de SEL of aan de CCSD.

## B. Referentiep persoon

*Artikel 10, eerste lid, vervangen bij KB van 18 juni 2014 van toepassing vanaf 1/1/2014*<sup>9</sup>

**Art. 10.** Tijdens het overleg rond de patiënt wordt een referentiep persoon aangeduid. De referentiep persoon heeft steeds de volgende verantwoordelijkheden:

*Artikel 10, punt 1°, vervangen bij KB van 18 juni 2014 van toepassing vanaf 1/1/2014*<sup>11</sup>

Le service ou l'institution avec lesquels une convention a été conclue en application de l'article 6 est responsable du traitement des données personnelles comme stipulé à l'article 1, § 4 de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

*Article 9 remplacé par AR du 18 juin en vigueur le 1/1/2014*<sup>8</sup>

**Art. 9.** Le service ou l'institution avec lesquels une convention a été conclue en application de l'article 6 peut, à condition que l'organisation et la coordination n'ont pas été prises en charge d'une autre manière, facturer une rémunération de 206,60 euros pour une première concertation autour d'un patient et 139,41 euros par concertation de suivi organisée.

Si pour cette organisation et coordination le service ou l'institution visés à l'article 6 a conclu un accord avec un SEL ou un CCSD, et si cette mission n'est pas prise en charge d'une autre manière, un montant de 206,60 euros peut être porté en compte pour une première concertation autour d'un patient et de 139,41 euros pour une concertation de suivi. Ces montants sont ensuite reversés au SEL ou au CCSD.

## B. Personne de référence

*Article 10, alinéa 1<sup>er</sup>, modifié par AR du 18 juin en vigueur le 1/1/2014*<sup>10</sup>

**Art. 10.** Lors de la concertation autour du patient, une personne de référence est désignée. La personne de référence a toujours les responsabilités suivantes :

*Article 10, point 1°, remplacé par AR du 18 juin en vigueur le 1/1/2014*<sup>12</sup>

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> Art. 9. Pour l'organisation et la coordination, le service ou l'institution avec lesquels une convention a été conclue en application de l'article 6 peut, à condition que l'organisation et la coordination n'ont pas été prises en charge d'une autre manière, facturer par concertation organisée une rémunération de 121,21 euros.

Si pour cette organisation et concertation, le service ou l'institution visés à l'article 6, a conclu un accord avec un SEL ou un CCSD, et si cette mission n'est pas prise en charge d'une autre manière, un montant de 121,21 euros par concertation organisée peut être porté en compte et reversé au SEL ou au CCSD.

<sup>9</sup> "De referentiep persoon heeft een directe zorgrelatie met de patiënt en heeft volgende verantwoordelijkheden:"

<sup>10</sup> « La personne de référence a une relation de soins directe avec le patient et a les responsabilités suivantes : »

<sup>11</sup> 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;

1° opstellen van het begeleidingsplan met ondersteuning van de coördinator 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 de contacten verzekeren met de 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.

*Artikel 11 vervangen bij KB van 18 juni 2014 van toepassing vanaf 1/1/2014*<sup>13</sup>

**Art. 11** De rol van referentiepersoon kan opgenomen worden door gezondheidszorgbeoefenaars, door klinisch psychologen, door maatschappelijk werkers of door orthopedagogen die een directe therapeutische relatie of hulpverleningsrelatie hebben met de patiënt.

In afwijking van het voorgaande lid kan de rol van referentiepersoon voor kinderen en jongeren eveneens opgenomen worden door personeelsleden van erkende diensten en instellingen die professioneel hulp verlenen.”.

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

### C. Administratieve afhandeling

1° rédiger le plan d'accompagnement avec le soutien du coordinateur conformément aux accords qui ont été passés lors de la concertation et le remettre au service ou à l'institution avec lequel une convention a été conclue en application de l'article 6 ;

2° fournir un exemplaire du plan d'accompagnement au patient qui la conserve à son domicile ;

3° assurer la coordination générale concernant l'exécution et le recadrage du plan d'accompagnement ;

4° être la personne à contacter tant pour le patient et sa famille que pour les professionnels des soins de santé et dispensateurs d'aide (y compris le médecin généraliste) entourant le patient qui mettent en pratique le plan d'accompagnement, et assurer les contacts avec les professionnels des soins de santé et dispensateurs d'aide. La personne de référence doit donc être informée dès que possible des changements dans la situation du patient, comme une hospitalisation;

5° intervenir lorsque les partenaires ne respectent pas un accord ;

6° prendre l'initiative d'une concertation intermédiaire via le service ou l'institution avec lequel une convention a été conclue en application de l'article 6 en cas de situation de crise par exemple ;

7° régler la continuité le soir, le week-end et les jours de congé.

La personne de référence peut changer pendant le trajet du patient. La nouvelle personne de référence est toujours désignée pendant la concertation autour du patient.

*Article 11 remplacé par AR du 18 juin en vigueur le 1/1/2014*<sup>14</sup>

**Art. 11.** Le rôle de la personne de référence peut être tenu par des professionnels des soins de santé , des psychologues cliniciens, des travailleurs sociaux ou des orthopédagogues qui ont une relation thérapeutique ou relation d'aide directe avec le patient.

Par dérogation à l'alinéa précédent, le rôle de la personne de référence pour enfants et adolescents peut également être tenu par des membres du personnel de services et d'institutions agréés qui dispensent une aide professionnelle.

**Art.12.** L'intervention de la personne de référence s'élève à 95,16 euros par concertation.

### C. Suivi administratif

<sup>12</sup> 1° rédiger le plan d'accompagnement conformément aux accords qui ont été passés lors de la concertation et le remettre au service ou à l'institution avec lequel une convention a été conclue en application de l'article 6 ;

<sup>13</sup> **Art. 11.** De rol van referentiepersoon kan opgenomen worden door gezondheidszorgbeoefenaars, door klinisch psychologen, door maatschappelijk werkers of door orthopedagogen.

<sup>14</sup> **Art. 11.** Le rôle de la personne de référence peut être tenu par des professionnels des soins de santé , des psychologues cliniciens, des travailleurs sociaux ou des orthopédagogues.

**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 14,21 euro per overleg.

#### D. Overleg

**Art. 14. § 1.** De tegemoetkoming voor deelname aan overleg rond de patiënt zoals bedoeld in artikel 5 bedraagt 45,44 euro indien het overleg doorgaat bij de patiënt thuis en 34,08 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.

*Artikel 14, § 3, vervangen bij KB van 18 juni 2014 van toepassing vanaf 1/1/2014<sup>15</sup>*

**§ 3.** Voor de andere gezondheidszorgbeoefenaars en 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 de in §1 bedoelde tegemoetkomingen maximaal twee keer aanrekenen indien meerdere diensten of instellingen die professioneel zorg of hulp verlenen aanwezig zijn.

**Art. 13.** Le service ou l'institution avec lequel une convention a été conclue en application de l'article 6 est toujours responsable des tâches suivantes :

1° le contrôle du respect des conditions relatives à la rémunération de la concertation;

2° la facturation de la rémunération de la participation à la concertation, de la rémunération de la coordination et de la rémunération de la personne de référence aux organismes assureurs;

3° le versement des montants aux participants de la concertation visée à l'article 14, §2, au coordinateur et à la personne de référence;

4° la transmission du plan d'accompagnement au médecin généraliste après chaque réunion de concertation autour du patient.

Le service ou l'institution avec lequel une convention a été conclue en application de l'article 6 perçoit à cet effet une intervention forfaitaire de 14,21 euros par concertation.

#### D. Concertation

**Art. 14. §1<sup>er</sup>.** L'intervention pour la participation à la concertation autour du patient telle que visée à l'article 5 s'élève à 45,44 euros si la concertation a lieu au domicile du patient et à 34,08 euros si la concertation a lieu ailleurs.

**§ 2.** Cette intervention est due aux professionnels des soins de santé individuels établis comme indépendants et psychologues cliniciens et orthopédagogues qui travaillent en première ligne y compris les praticiens de l'art infirmier qui travaillent pour un service infirmier à domicile. Ces professionnels des soins de santé à l'exclusion des psychologues et orthopédagogues sont directement payés par l'organisme assureur sur la base de la facturation par le service ou l'institution avec lequel une convention a été conclue en application de l'article 6. Les psychologues et orthopédagogues sont payés via le service ou l'institution avec lequel, en application de l'article 6, une convention est conclue.

*Article 14, § 3 remplacé par AR du 18 juin en vigueur le 1/1/2014<sup>16</sup>*

**§ 3.** Pour d'autres professionnels des soins de santé et dispensateurs d'aide que ceux visés au paragraphe 2 qui prennent part à la concertation, le service ou l'institution avec lequel une convention a été conclue en application de l'article 6 peut porter en compte deux fois au maximum les interventions visées au § 1<sup>er</sup> si plusieurs services ou institutions qui dispensent des soins ou de l'aide professionnel(le)s sont présents.

<sup>15</sup> § 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.

<sup>16</sup> § 3. Pour d'autres professionnels des soins de santé ou dispensateurs d'aide que ceux visés au paragraphe 2 qui prennent part à la concertation, le service ou l'institution avec lequel une convention a été conclue en application de l'article 6 peut porter en compte une intervention collective. Le service ou l'institution avec lequel une convention a été conclue en application de l'article 6 conclut des accords préalables clairs avec les professionnels des soins de santé ou dispensateurs d'aide concernés sur la répartition de cette intervention.



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;

*Artikel 15, §1, 3° vervangen bij KB van 18 juni 2014 van toepassing vanaf 1/1/2014*<sup>17</sup>

3° minstens drie verschillende gezondheidszorgbeoefenaars of hulpverleners aanwezig waren waarvan minstens één uit de sector geestelijke gezondheidszorg en één uit de eerstelijnsgezondheidszorg of uit een dienst van de welzijnszorg erkend door de bevoegde Gewesten of Gemeenschappen;

*Artikel 15, §1, 4° vervangen bij KB van 18 juni 2014 van toepassing vanaf 1/1/2014*<sup>19</sup>

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

5° Een tweede overleg dient gepland te zijn binnen de twaalf 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,

*Artikel 15, §2, 2° vervangen bij KB van 18 juni 2014 van toepassing vanaf 1/1/2014*<sup>21</sup>

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

Le service ou l'institution avec lequel une convention a été conclue en application de l'article 6 conclut des accords préalables clairs avec les professionnels des soins de santé ou dispensateurs d'aide concernés sur la répartition de cette intervention .

**§ 4.** Le forfait pour la participation à la concertation peut être attesté au maximum quatre fois par concertation.

**Art. 15. § 1<sup>er</sup>.** L'intervention pour la participation à la concertation est due uniquement :

1° s'il est satisfait aux conditions du groupe cible ;

2° si le plan d'accompagnement est établi et/ou suivi;

*Article 15, §1, 3° remplacé par AR du 18 juin en vigueur le 1/1/2014*<sup>18</sup>

3° si au moins trois professionnels des soins de santé ou dispensateurs d'aide différents y étaient présents dont au moins un vient du secteur des soins de santé mentale et un des soins de santé de première ligne ou un service d'aide aux personnes agréé par les Régions ou Communautés compétentes

*Article 15, §1, 4° remplacé par AR du 18 juin en vigueur le 1/1/2014*<sup>20</sup>

4° si le plan d'accompagnement définit, pour les professionnels des soins de santé ou dispensateurs d'aide, au moins trois tâches convenues, dont au moins une pour un professionnel des soins de santé du secteur des soins de santé mentale ou dispensateur d'aide du secteur des soins de santé mentale ;

5° Une deuxième concertation doit être planifiée dans les douze mois qui suivent la première concertation.

**§ 2.** S'il apparaît au cours de la première concertation qu'il n'y a de tâches convenues que pour moins de trois services/établissements ou professionnels des soins de santé individuels, l'intervention pour la participation à la concertation est due à condition :

1° de satisfaire aux critères du groupe cible ;

*Article 15, §2, 2° remplacé par AR du 18 juin en vigueur le 1/1/2014*<sup>22</sup>

2° qu'au moins trois professionnels des soins de santé ou dispensateurs d'aide différents y étaient présents, dont au moins un du secteur des soins de santé mentale et un des soins de santé de première

<sup>17</sup> 3° minstens drie verschillende gezondheidszorgbeoefenaars of hulpverleners aanwezig waren waarvan minstens één uit de sector geestelijke gezondheidszorg en één uit de eerstelijnsgezondheidszorg;

<sup>18</sup> 3° si au moins trois professionnels des soins de santé ou dispensateurs d'aide différents y étaient présents dont au moins un vient du secteur des soins de santé mentale et un des soins de santé de première ligne ;

<sup>19</sup> 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.

<sup>20</sup> 4° si le plan d'accompagnement définit, pour les professionnels des soins de santé ou dispensateurs d'aide, au moins trois tâches convenues, dont au moins une pour un professionnel des soins de santé ou dispensateur d'aide du secteur des soins de santé mentale ;

<sup>21</sup> 2° minstens drie verschillende gezondheidszorgbeoefenaars of hulpverleners aanwezig waren waarvan minstens één uit de sector geestelijke gezondheidszorg en één uit de eerstelijns-gezondheidszorg;

<sup>22</sup> 2° qu'au moins trois professionnels des soins de santé ou dispensateurs d'aide différents y étaient présents, dont au moins un du secteur des soins de santé mentale et un des soins de santé de première ligne ;

gezondheidszorg of uit een dienst van de welzijnszorg erkend door de bevoegde Gewesten of Gemeenschappen;

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.** In 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° een lijst van de categorieën van personen die inzage kunnen hebben in het begeleidingsplan;

4° de geldigheidsduur van de overeenkomst met een maximumduur van vijf jaar;

5° de informatie die aan het Verzekeringscomité dient te worden bezorgd onder de vorm van een jaarverslag;

6° de opzeggingsmodaliteiten van de overeenkomst.

*Artikel 17 vervangen bij KB van 18 juni 2014 van toepassing vanaf 1/1/2014<sup>23</sup>*

**Art. 17.** Voor volwassenen kunnen de tegemoetkomingen voorzien in dit besluit per patiënt maximaal drie keer per jaar aangerekend worden.

Voor kinderen en jongeren kunnen de tegemoetkomingen voorzien in dit besluit per patiënt maximaal vijf keer per jaar aangerekend worden.

Een jaar begint op de datum van het eerste overleg.

**Art. 18. §1.** Cumul van de tegemoetkomingen voor de referentpersoon en voor deelname aan overleg bepaald in de artikelen 12 en 14, §1 is mogelijk.

ligne ou d'un service d'aide aux personnes agréé par les Régions ou Communautés compétentes ;

3° que le plan d'accompagnement mentionne la ou les missions de ce ou ces deux service/établissement / professionnel des soins de santé individuel.

Pour un même patient, il ne peut être facturé deux fois dans l'année une première concertation sans qu'il soit établi de plan d'accompagnement confiant des tâches convenues à au moins trois professionnels des soins de santé ou dispensateur d'aide dont au moins un du secteur des soins de santé mentale.

## CHAPITRE V - Dispositions générales

**Art. 16.** Dans la convention visée à l'article 6 les éléments suivants sont précisés :

1° des règles pour la facturation des interventions déterminées dans cet arrêté ;

2° les documents dont le service ou l'institution avec lequel une convention a été conclue en application de l'article 6 doit disposer pour contrôler les conditions de facturation ;

3° une liste de catégories de personnes qui peuvent avoir accès au plan d'accompagnement ;

4° la durée de validité de la convention avec une durée maximale de cinq ans ;

5° l'information qui doit être fournie au Comité de l'assurance sous forme d'un rapport annuel ;

6° les modalités de dénonciation de la convention.

*Article 17 remplacé par AR du 18 juin en vigueur le 1/1/2014<sup>24</sup>*

**Art. 17.** Pour les adultes, les interventions prévues dans le présent arrêté peuvent être attestées au maximum trois fois par patient et par année .

Pour les enfants et adolescents, les interventions prévues dans le présent arrêté peuvent être attestées au maximum cinq fois par patient et par année .

Une année commence à la date de la première concertation.

**Art. 18. §1<sup>er</sup>.** Le cumul des interventions pour la personne de référence et pour la participation à la concertation déterminées aux articles 12 et 14, §1<sup>er</sup> est possible.

<sup>23</sup> **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.

<sup>24</sup> **Art.17.** Les interventions prévues dans le présent arrêté peuvent être attestées au maximum trois fois par patient et par année. Un an commence à la date de la première concertation.

**§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 voorzien 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.** 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 Brussel, 27 maart 2012

**§2.** Le cumul des interventions pour l'organisation et la coordination de la concertation et pour la participation à la concertation déterminées aux articles 9 et 14, §1<sup>er</sup> est seulement permis en application de l'article 14, §3.

**§3.** Les interventions déterminées dans cet arrêté ne sont pas cumulables avec les interventions fixées dans l'arrêté royal du 14 mai 2003 déterminant les prestations visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 13°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

**§4.** Les personnes qui résident dans une maison de soins psychiatrique n'entrent pas en ligne de compte pour les interventions visées dans cet arrêté .

**§5.** Les patients qui sont pris en charge par un projet thérapeutique FOR-K financé par le SPF Santé publique n'entrent pas en ligne de compte pour les interventions visées dans cet arrêté.

**§6.** L'intervention pour la personne de référence déterminée à l'article 12 ne peut pas être portée en compte pour des membres du personnel qui travaillent dans un hôpital qui est activement impliqué dans un projet dans le cadre de l'article 107 de la loi sur les hôpitaux.

**Art. 19.** Si la concertation concerne un patient qui n'est pas bénéficiaire de l'assurance obligatoire soins de santé, les interventions telles que prévues dans le présent arrêté sont portées en compte à l'Inami par le prestataire tel que visé à l'article 6.

**Art. 20.** Les interventions prévues dans le présent arrêté sont indexées annuellement au 1<sup>er</sup> janvier sur la base de l'évolution entre le 30 juin de l'avant-dernière année et le 30 juin de l'année dernière, de la valeur de l'indice de santé visé à l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé.

## CHAPITRE VI - Dispositions finales

**Art. 21.** L'arrêté royal du 22 octobre 2006 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 3°, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement des projets thérapeutiques en matière de soins de santé mentale, est abrogé.

**Art. 22.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2012.

**Art. 23 .** Le Ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles le 27 mars 2012.

VAN KONINGSWEGE :

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

PAR LE ROI :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales

Laurette ONKELINX

Factuur voor de verstrekkingen deelname aan overleg rond de psychiatrische patiënt,  
referentiepersoon en coördinator

Gegevens GDT / ziekenhuis / IBW

RIZIV-nr.: .....

.....

.....

.....

.....

Factuurnummer: ..... Factuur datum: ..... Ons kenmerk: .....

Adresgegevens Verzekeringsinstelling

.....

.....

.....

.....

**betaaloverzicht uit te betalen door de verzekeringsinstelling**

referentienummer	zorgverlener	RIZIVnr	thuis 777350 777361	elders 777372 777383	referentie 777394 777405	Organisator 1e overleg 777453/64	Organisator opvolgoverleg 777475/86	registratie 777431 777442	Rekeningnummer	Bedrag in €
									Totaal	

**individuele rekening per verzekerde**

Referentie nummer	Identificatie van de patiënt naam + INSZ	Datum overleg	zorgverlener	RIZIV nr	thuis xxxxxx	elders xxxxxx	referentie xxxxxx	1e overleg xxxxxx	Opvolgoverleg xxxxxx	registratie xxxxxx	Bedrag in €
	Naam	xx-xx-xxxx									
	INSZ										

Referentie nummer	Identificatie van de patiënt naam + INSZ	Datum overleg	zorgverlener	RIZIV nr	thuis xxxxxx	elders xxxxxx	referentie xxxxxx	1e overleg xxxxxx	Opvolgoverleg xxxxxx	registratie xxxxxx	Bedrag in €
	Naam	xx-xx-xxxx				1					
	INSZ					1	1	1		1	

Referentie nummer	Identificatie van de patiënt naam + INSZ	Datum overleg	zorgverlener	RIZIV nr	thuis xxxxxx	elders xxxxxx	referentie xxxxxx	1e overleg xxxxxx	Opvolgoverleg xxxxxx	registratie xxxxxx	Bedrag in €
	Naam	xx-xx-xxxx									
	INSZ										

**betaaloverzicht voor GDT**

Referentie	hulpverlener	organisatie	thuis 777350 777361	elders 777372 777383	referentie 777394 777405	Organisator 1e overleg 777453/64	Organisator opvolgoverleg 777475/86	registratie 777431 777442	Rekeningnummer	Bedrag in €
									Totaal	

**individuele rekening per verzekerde**

Identificatie van de patiënt naam + INSZ	Datum overleg	hulpverlener	organisatie	thuis xxxxxx	elders xxxxxx	referentie xxxxxx	1e overleg xxxxxx	Opvolgoverleg xxxxxx	registratie xxxxxx	Bedrag in €
Naam	xx-xx-xxxx									
INSZ										

Identificatie van de patiënt naam + INSZ	Datum overleg	hulpverlener	organisatie	thuis xxxxxx	elders xxxxxx	referentie xxxxxx	1e overleg xxxxxx	Opvolgoverleg xxxxxx	registratie xxxxxx	Bedrag in €
Naam	xx-xx-xxxx									
INSZ										

Identificatie van de patiënt naam + INSZ	Datum overleg	hulpverlener	organisatie	thuis xxxxxx	elders xxxxxx	referentie xxxxxx	1e overleg xxxxxx	Opvolgoverleg xxxxxx	registratie xxxxxx	Bedrag in €
Naam	xx-xx-xxxx									
INSZ										

### BIJLAGE 3 model van correctiefactuur

Factuur voor de verstrekkingen deelname aan overleg rond de psychiatrische patiënt,  
referentiepersoon en coördinator  
**CORRECTIEFACTUUR** voor de verstrekkingen "organisatie en coördinatie"

Gegevens GDT  
RIZIV-nr.: .....  
.....  
Rekeningnummer: .....  
.....

Adresgegevens Verzekeringsinstelling  
.....  
.....  
.....

Nummer correctiefactuur: ..... Datum correctiefactuur: ..... Ons kenmerk: .....

Factuurnummer originele factuur	Datum originele factuur	Referentienummer originele individuele rekening patiënt	INSZ-nummer patiënt	Datum overleg	Aantal gecrediteerde prestaties 777416-777420	Aantal gefactureerde prestaties 777453-777464	Aantal gefactureerde prestaties 777475-777486	Aantal bijkomend gefactureerde prestaties 777350-777361	Aantal bijkomend gefactureerde prestaties 777372-777383	Totaal bedrag in € (*)
<b>TOTAAL:</b>										

(\*) Dit bedrag is gelijk aan het verschil tussen de gefactureerde positieve bedragen voor prestaties 777453-777464, 777475-777486, 777350-777361 en 777372-777383 en het negatieve bedrag voor de gecrediteerde prestatie 777416-777420.

## BIJLAGE 4 ingevuld voorbeeld van de correctiefactuur

Factuur voor de verstrekkingen deelname aan overleg rond de psychiatrische patiënt,  
referentiepersoon en coördinator  
**CORRECTIEFACTUUR** voor de verstrekkingen "organisatie en coördinatie"

Gegevens GDT  
RIZIV-nr.: 9-4701-97-001.....  
.....  
Rekeningnummer: BE31735010958055  
.....

Adresgegevens Verzekeringsinstelling  
.....  
.....  
.....

Nummer correctiefactuur: 2014/PSY/H/CORR    Datum correctiefactuur: 30-6-2014    Ons kenmerk: 2014/PSY/H/CORR

Factuurnummer originele factuur	Datum originele factuur	Referentienummer originele individuele rekening patiënt	INSZ-nummer patiënt	Datum overleg	Aantal gecrediteerde prestaties 777416-777420	Aantal gefactureerde prestaties 777453-777464	Aantal gefactureerde prestaties 777475-777486	Aantal bijkomend gefactureerde prestaties 777350-777361	Aantal bijkomend gefactureerde prestaties 777372-777383	Totaal bedrag in € (*)
2014/PSY/H/01	31-1-2014	H/01*1	00000000001	3-1-2014	1	1		1		127,65 (1)
2014/PSY/H/01	31-1-2014	H/01*2	00000000002	5-1-2014	1	1				80,31 (2)
2014/PSY/H/02	28-2-2014	H/02*1	00000000003	4-2-2014	1	1			1	115,82 (3)
2014/PSY/H/02	28-2-2014	H/02*2	00000000001	25-2-2014	1		1	1		60,46 (4)
2014/PSY/H/02	28-2-2014	H/02*3	00000000004	26-2-2014	1	1				80,31 (5)
2014/PSY/H/03	31-3-2014	H/03*1	00000000002	10-3-2014	1		1			13,12 (6)
2014/PSY/H/03	31-3-2014	H/03*2	00000000005	15-3-2014	1	1				80,31 (7)
<b>TOTAAL:</b>										<b>557,98</b>

(\*) Dit bedrag is gelijk aan het verschil tussen de gefactureerde positieve bedragen voor prestaties 777453-777464, 777475-777486, 777350-777361 en 777372-777383 en het negatieve bedrag voor de gecrediteerde prestatie 777416-777420.

- (1)  $206,60 + 47,34 - 126,29 = 127,65$
- (2)  $206,60 - 126,29 = 80,31$
- (3)  $206,60 + 35,51 - 126,29 = 115,82$
- (4)  $139,41 + 47,34 - 126,29 = 60,46$
- (5)  $206,60 - 126,29 = 80,31$
- (6)  $139,41 - 126,29 = 13,12$
- (7)  $206,60 - 126,29 = 80,31$



## Verklaring arts

Ik, ondergetekende, arts, .....

met RIZIV-nummer.....

verklaar hierbij voor patiënt.....

dat er sprake is van een psychiatrische problematiek met als hoofddiagnose<sup>25</sup>:

DSM IV ..... of ICD X .....

die van herhalende aard of potentieel van herhalende aard is en die als ernstig wordt beschouwd gezien de intensiteit en/of frequentie van de symptomen en/of de aanwezigheid van comorbiditeit met als bijkomende diagnose:

DSM IV ..... of ICD X .....

Datum

..... / ..... / .....

Handtekening arts

---

<sup>25</sup> Uitgesloten als hoofddiagnose: dementie, andere cognitieve stoornissen van medische, vasculaire of traumatische oorsprong, epilepsie, mentale retardatie, neurologische stoornis.