

# **Overeenkomst betreffende de organisatie en financiering van een programma voor de tenlasteneming van patiënten die lijden aan multiple sclerose of amyotrofe laterale sclerose in een vergevorderd stadium**

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid artikel 22, 6°.

Wordt overeengekomen wat volgt, tussen,

Eenzijds,  
het Comité voor de Verzekering van de Geneeskundige Verzorging ingesteld bij de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, vertegenwoordigd door ... ..

en anderzijds,  
- De (benaming van de inrichtende macht van het ziekenhuis dat deelneemt aan het programma) hierna in de tekst "het ziekenhuis" genoemd, met erkenningsnummer ....  
vertegenwoordigd door ...

en  
- de volgende residentiële structuren die zich ertoe verbinden om het programma voor de tenlasteneming uit te voeren in samenwerking met het voormelde ziekenhuis en hierna in de tekst "residentiële structuren" genoemd:  
(benaming van de inrichtende macht van de residentiële structuren, type en erkenningsnummer van elke residentiële structuur en naam van de persoon die hen vertegenwoordigt)

.....  
.....  
.....

## **Onderwerp van de overeenkomst**

### **Artikel 1**

Deze overeenkomst bepaalt de voorwaarden voor de tegemoetkoming door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de bijkomende kosten die resulteren uit de organisatie van een programma voor de tenlasteneming, in het kader van een samenwerking tussen het ziekenhuis en de residentiële structuren, van de patiënten die lijden aan multiple sclerose en amyotrofe laterale sclerose in een vergevorderd stadium.

De voormelde bijkomende tegemoetkoming moet ervoor zorgen dat:

- de patiënten die beantwoorden aan de criteria vermeld in artikel 2 en die geen continu gespecialiseerd toezicht in een ziekenhuis nodig hebben, kunnen in een residentiële structuur verblijven met behoud van de zekerheid op een aangepaste verzorging en met een continue ondersteuning van het ziekenhuis
- de patiënten die beantwoorden aan de criteria vermeld in artikel 2 en in hun thuissituatie verblijven, kunnen tijdelijk worden ten laste genomen door een gespecialiseerde ziekenhuiseenheid of een gespecialiseerde residentiële structuur, meer bepaald voor het stabiliseren van hun pathologische toestand of om hun omgeving te ontlasten.
- de patiënten die beantwoorden aan de criteria vermeld in artikel 2 die een continu gespecialiseerd medisch toezicht in een ziekenhuis nodig hebben, kunnen in een gespecialiseerde ziekenhuiseenheid worden ten laste genomen.

## **Rechthebbenden van de overeenkomst**

### **Artikel 2**

De rechthebbenden van deze overeenkomst zijn uitsluitend patiënten die lijden aan multiple sclerose of amyotrofe laterale sclerose (ICD 340 of ICD 33520) en voor wie de traditionele zorg- en/of verblijfsstructuren door de evolutie van hun aandoening geen aangepaste tenlasteneming kunnen bieden.

Het gaat om patiënten:

- van 18 jaar of ouder,
- die geen of niet langer acute medische of heelkundige verzorging nodig hebben,
- die continue professionele multidisciplinaire verzorging nodig hebben voor een tenlasteneming zowel overdag als 's nachts,
- die, door hun fysieke, cognitieve of psychische toestand en/of gedragsstoornissen, niet meer in aanmerking komen voor de traditionele revalidatieprogramma's (nomenclatuur of revalidatieovereenkomsten).

## **Doel en inhoud van de verstrekkingen**

### **Artikel 3**

Het programma voor de tenlasteneming bevat:

- de bijkomende vereiste verzorging voor die patiënten op het vlak van toezicht, hygiëne, assistentie bij het eten, mobiliteitshulpmiddelen, psychosociale ondersteuning, controle van de gedragsstoornissen en in het algemeen, elke vorm van hulp of assistentie bij dagelijkse handelingen, ...
- de ondersteuning van de families door het verstrekken van correcte informatie over de ziekte, haar evolutie en gevolgen, alsook over de zorgbehoeften die ze vereist
- een aangepaste opleiding en ondersteuning van het personeel
- een liaisonfunctie tussen het ziekenhuis en de residentiële structuren voor het begeleiden van het werk van het personeel van die structuren en voor het formuleren van gespecialiseerde adviezen als antwoord op complexe individuele problemen
- een palliatieve functie,

en beoogt de patiënt een residentiële leefsituatie te bieden waarin hij toezicht en multidisciplinaire verzorging geniet die aangepast is aan de evolutie van zijn ziekte en hem het beste levenscomfort biedt rekening houdende met zijn fysieke en psychische toestand.

## **Organisatie en werking van het programma voor de tenlasteneming**

### **Artikel 4 – Samenwerking en liaisonfunctie**

Het programma voor de tenlasteneming is gebaseerd op de samenwerking tussen het ziekenhuis en de residentiële structuren.

Die samenwerking is bedoeld om binnen de kortste termijn en onder de beste voorwaarden te zorgen voor een residentiële verblijfplaats voor patiënten wier fysieke en psychische toestand een dergelijk verblijf toelaat.

Daartoe zullen het ziekenhuis en de residentiële structuren in onderlinge overeenstemming een liaisonfunctie organiseren die voornamelijk betrekking zal hebben op:

- de modaliteiten voor de organisatie en de follow-up van de transfer van de patiënt van

- het ziekenhuis naar een residentiële structuur
- de modaliteiten voor een heropname in het ziekenhuis in geval van nood
- de opname van nieuwe patiënten, de terbeschikkingstelling van bedden en het beheer van de eventuele wachtlijst, met inbegrip van de aanvragen voor tenlasteneming in kortverblijf
- de modaliteiten voor de organisatie en de inhoud van de permanente vorming van het personeel
- de organisatie van de medische follow-up van de patiënt en van de medische supervisie van het programma voor de tenlasteneming
- de modaliteiten voor de samenwerking tussen de geneesheer-specialist, de coördinerend geneesheren, de huisartsen of de behandelend geneesheren van de patiënten en de diensthoofden van de zorgeenheden
- het geneesmiddelengebruik
- de mogelijkheden om een beroep te doen op gespecialiseerde adviezen ingeval van complexe individuele problemen
- de mogelijkheden om een beroep te doen op het ethisch comité van het ziekenhuis, op zijn sociale dienst of op zijn ontslagmanager, alsook op de deskundigen op het vlak van palliatieve verzorging
- de aanstelling van contactpersonen in de verschillende structuren en de vaststelling van hun taken
- het bijhouden van een liaisondossier voor iedere ten laste genomen patiënt
- de organisatie van de gegevens- en informatieverzameling die in het kader van het jaarverslag wordt vereist en de voltooiing van dat verslag
- de centralisering van de benodigde gegevens voor de facturering van de tegemoetkoming zoals bedoeld in artikel 10
- de modaliteiten voor de teruggave van de financiering van het ziekenhuis aan de residentiële structuren, ter waarde van het bedrag zoals bedoeld in artikel 12
- de affectatie van de financiering voor de liaisonfunctie en de toepassing van het eenmalige forfaitbedrag zoals bedoeld in artikel 10 dat als “opstartforfait” wordt toegekend.

### **Artikel 5 – Infrastructuur en uitrusting**

Het ziekenhuis zal een hospitalisatiecapaciteit van 10 erkende bedden in een zorgeenheid voor langdurig zieken aanbieden.

De residentiële structuren zullen samen een opvangcapaciteit van 20 verblijfplaatsen aanbieden. Die plaatsen zullen proportioneel worden verspreid: 5 tot 10 bedden per zorgeenheid van een residentiële structuur. De verdeling van 20 plaatsen over de residentiële structuren wordt in de bijlage gepreciseerd.

De voormelde zorgeenheden zullen op een aangepaste manier worden ingericht en uitgerust om tegemoet te komen aan de behoeften van patiënten die lijden aan multiple sclerose of amyotrofe laterale sclerose.

Onder de vereiste inrichtingen en uitrustingen wordt verstaan:

- individuele kamers of tweepersoonskamers, met dien verstande dat de residentiële structuren desgevraagd een tweepersoonskamer aan de patiënten moeten kunnen aanbieden
- bedden van variabele hoogte, een bad van variabele hoogte, aangepaste leunstoelen in de woonkamer, heftoestellen, antidecubitusmatras, aangepast activerings- of revalidatiemateriaal, materiaal voor de beademing en voor de zuurstoftherapie.

### **Artikel 6 - Omkadering**

Voor het programma voor de tenlasteneming is er genoeg opgeleid personeel nodig. Minstens een bijkomende 0,35 VTE per patiënt, verhoogd met 0,05 VTE per patiënt in de residentiële structuur voor het verzekeren van de liaisonfunctie.

### **Artikel 7 – Medische supervisie door een geneesheer-specialist**

Een geneesheer-specialist in de neurologie of in de neuropsychiatrie met neurologische oriëntatie zal instaan voor de medische supervisie van het programma voor de tenlasteneming.

### **Artikel 8 – Liaisondossier**

Voor elke patiënt wordt er door het ziekenhuis en het residentiële opvangstructuur waarin de patiënt verblijft tegelijkertijd een gedeeld liaisondossier bijgehouden.

Dat dossier bevat onder meer de volgende informatie:

- de identiteit van de patiënt
- de voorgeschiedenis van zijn tenlasteneming in het programma
- de naam van de persoon of van de instelling die de patiënt heeft doorverwezen
- de doelstellingen van het individuele programma voor de tenlasteneming en de vereiste verzorging
- de individuele interventies die voor de patiënt in het kader van de liaisonfunctie zijn uitgevoerd
- de verslagen van de overlegvergaderingen over de patiënt
- de beschikbare middelen en contacten in de omgeving van de patiënt, ...

De patiënt heeft volgens dezelfde regels als voor zijn medisch dossier toegang tot de informatie in het liaisondossier.

## **Verzekeringstegemoetkoming**

### **Artikel 9 – Tegemoetkomingsvoorwaarden**

De opname van de patiënt in het programma voor de tenlasteneming moet binnen de 7 dagen die volgen op de opname in het programma via een kennisgeving aan de adviserend geneesheer worden bekendgemaakt. Die kennisgeving wordt opgesteld door de arts die instaat voor de supervisie van het programma en bevat het diagnostisch rapport (aandoening), een beschrijving van de beperkingen in de capaciteiten van de patiënt en de datum waarop de patiënt in het kader van het programma is opgenomen.

Het ziekenhuis stuurt die kennisgeving door middel van bijgevoegd formulier naar de adviserend geneesheer. Dat formulier kan worden vervangen door een elektronisch bericht op een datum die door de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Riziv wordt bepaald.

De verzekeringstegemoetkoming is verschuldigd voor de tenlastenemingen die zijn uitgevoerd overeenkomstig de bepalingen van deze overeenkomst, vanaf de datum waarop de patiënt in het programma voor de tenlasteneming is opgenomen zoals vermeld in de kennisgeving en voor zover de termijn van 7 dagen zoals bedoeld in het eerste lid, niet is overschreden. Ingeval van overschrijding van die termijn van 7 dagen gaat de verzekeringstegemoetkoming in vanaf de datum waarop de kennisgeving aan de adviserend geneesheer is verstuurd.

### **Artikel 10 – Bedrag van de tegemoetkoming**

Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming voor de tenlasteneming van patiënten in het kader van deze overeenkomst bedraagt 90,25 euro per dag en per patiënt, ongeacht de verblijfplaats (ziekenhuis of residentiële structuur) voor zover is voldaan aan de voorwaarden in verband met de facturering van een verpleegdagprijs voor de dekking van de verstrekkingen vermeld in artikel 34, 6° of 11° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (BFM (budget financiële middelen of forfaitaire toelage bestemd voor de RVT's of PVT's).

Het bedrag van de tegemoetkoming bedoeld in het vorige lid is gekoppeld aan de spilindex 110.51 (basis 2004) van de consumptieprijzen op 1.9.2008. Het bedrag wordt aangepast volgens de bepalingen van de wet van 1 maart 1977 tot inrichting van een stelsel waarbij sommige uitgaven in de overheidssector aan het indexcijfer van de consumptieprijzen van het Rijk worden gekoppeld.

Dat bedrag dekt:

- het bijkomende kaderpersoneel: 58,60 euro
- de liaisonfunctie: 5,58 euro
- de medische supervisie en coördinatie: 7,03 euro
- de tegemoetkoming in de kosten van de specifieke uitrusting en van het patiëntenvervoer tussen het ziekenhuis en de residentiële structuren: 10,77 euro
- de specifieke voedingsbehoeften van de patiënten: 8,27 euro

Als aanvulling op die dagelijkse tegemoetkoming wordt er door het Riziv een eenmalig forfaitair bedrag van 148.244 euro gestort in de maand die volgt op de ondertekening van deze overeenkomst. Dat bedrag moet worden beschouwd als een "opstartforfait" en is bedoeld om een deel van de behoeften te dekken op het vlak van uitrusting, de aanwerving van bijkomend personeel en de initiële opleiding van het personeel.

Dat bedrag wordt gestort aan het ziekenhuis dat belast is met de verdeling van dat bedrag volgens de affectatie die onderling is overeengekomen met de residentiële structuren krachtens de bepalingen van artikel 4.

### **Artikel 11 – Cumulatieregels**

De in deze overeenkomst vermelde tegemoetkoming is cumuleerbaar met het budget van de financiële middelen van het ziekenhuis of met de forfaitaire tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor het dekken van de verzorging die in de residentiële structuren wordt verstrekt.

Ze is echter niet cumuleerbaar met:

- de verzekeringstegemoetkoming uit de revalidatieovereenkomsten die worden georganiseerd voor patiënten die tot dezelfde groep van aandoeningen behoren (locomotorische of neurologische revalidatieovereenkomsten (7.71 of 9.50) of de overeenkomsten « R30-R60 » (9.51)
- de tegemoetkoming voor raadplegingen die zijn gehouden door geneesheren die instaan voor de liaisonfunctie en voor de medische supervisie van het programma
- de tegemoetkoming in bijkomende kinesitherapeutische of logopedische verstrekkingen
- de tegemoetkomingen zoals voorzien in artikel 22, II, a), 2° en II, b) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

De andere traditionele cumulatie/non-cumulatieregels die respectievelijk voor de ziekenhuizen en de residentiële structuren van toepassing zijn, gelden eveneens.

### **Artikel 12 – Facturatiemodaliteiten**

De verzekeringstegemoetkoming wordt door het ziekenhuis gefactureerd in het kader van zijn

maandelijkse of driemaandelijkse facturering aan de verzekeringsinstellingen onder het pseudo codenummer .....-.....

Het ambulante codenummer (nr. ...) wordt gebruikt voor de facturering van de dagen van huisvesting in de residentiële structuren.

Gemiddeld mogen jaarlijks maximaal 45% gefactureerde dagen betrekking hebben op een tenlasteneming in het ziekenhuis tijdens het eerste jaar (tegenover minstens 55% gefactureerde dagen voor residentiële verblijven); vanaf het tweede jaar wordt dat maximumpercentage op 40% teruggebracht, met minstens 60% dagen in residentiële structuren.

Behoudens andersluidende bepalingen die onderling tussen het ziekenhuis en de residentiële structuren zijn overeengekomen, betaalt het ziekenhuis, uiterlijk na afloop van de tweede maand die volgt op de factureringsperiode, aan de residentiële structuren een bedrag van 77,64 EUR per behandelingsdag terug. Dat bedrag is bestemd voor het dekken van de kosten voor het bijkomend personeel dat door de residentiële structuren is aangeworven voor de begeleiding van de rechthebbenden van deze overeenkomst, alsook de specifieke kosten inzake uitrusting, vervoer en voeding van die patiënten.

Het bedrag van de tegemoetkoming bedoeld in het vorige lid is gekoppeld aan de spilindex 110.51 (basis 2004) van de consumptieprijzen op 1.9.2008. Het bedrag wordt aangepast volgens de bepalingen van de wet van 1 maart 1977 tot inrichting van een stelsel waarbij sommige uitgaven in de overheidssector aan het indexcijfer van de consumptieprijzen van het Rijk worden gekoppeld.

In functie van de bepalingen die onderling tussen het ziekenhuis en de residentiële structuren zijn overeengekomen met betrekking tot de organisatie van de liaison-functie, kan het bedrag dat is vermeld in het vorige lid worden verhoogd.

Het ziekenhuis verbindt er zich toe het bedrag uit artikel 10 aan de verzekeringsinstellingen te factureren voor een aantal dagen dat niet de 90% overschrijdt van de bezetting van bedden die zijn bestemd voor de tenlasteneming van de patiënten waarop deze overeenkomst betrekking heeft, namelijk maximum 9855<sup>1</sup> forfaits per jaar.

De gemiddelde verblijfsduur van de patiënt in het programma van tenlasteneming in het ziekenhuis mag niet meer dan 6 maanden bedragen, tenzij in geval er geen enkele residentiële plaats zoals bedoeld in het programma beschikbaar is.

## **Gegevensregistratie en evaluatie**

### **Artikel 13**

Om de naleving van de bepalingen die in deze overeenkomst zijn vastgelegd en de weerslag ervan te evalueren, zal er jaarlijks (voor alle verwante structuren) een globaal jaarverslag aan het Riziv worden meegedeeld.

Dat verslag zal betrekking hebben op:

- de werking van het programma en de samenwerkingsvoorwaarden die zijn vastgelegd om de liaisonfunctie zoals die is beschreven in artikel 4, uit te oefenen
- de evaluatie van het programma op het vlak van doelgroep, behoeften inzake omkadering en uitrusting, inhoud van de liaisonfunctie, specifieke behoeften van de patiënten (voeding...), financiële evaluatie, externe samenwerkingen...

Het zal ook gegevens bevatten over:

- o de patiënten (anonieme gegevens):
  - aantal patiënten per leeftijdscategorie
  - aantal patiënten per type aandoening (volgens de ICD-codes uit

---

<sup>1</sup> 9882 forfaits per jaar van 366 dagen

- artikel 2)
    - aantal patiënten en dagen van huisvesting voor elke residentiële structuur
    - duur van het verblijf in het ziekenhuis
    - duur van het verblijf in een residentiële structuur
    - nieuwe patiënten en patiënten die uit het programma komen
- de activiteit:
  - opleidingsactiviteiten (volume en inhoud)
  - beroep op de externe liaison
  - aantal transfers naar de residentiële structuren
  - aantal heropnames in het ziekenhuis
  - samenwerkingen met andere structuren of instellingen
- het personeel:
  - volume en kwalificaties per structuur (ziekenhuis en residentiële structuren)

Dat verslag zal ook ter beschikking worden gesteld van het 'federaal deskundigenplatform chronisch zieke patiënten'.

#### **Artikel 14**

Het ziekenhuis en de residentiële structuren verbinden er zich toe deel te nemen aan de werkzaamheden van het federaal deskundigenplatform dat belast is met de follow-up van projecten ten gunste van chronisch zieke patiënten.

Hiertoe zullen zij gezamenlijk een persoon aanduiden die in het kader van het programma actief is om deel te nemen aan de vergaderingen die door dat platform worden georganiseerd.

#### **Inwerkingtreding van de overeenkomst**

#### **Artikel 15**

Deze overeenkomst treedt in werking op 1 ..... 2009.

Op basis van de conclusies van de jaarverslagen die in artikel 13 zijn vermeld of van aanbevelingen van het federaal platform bedoeld in artikel 14, kan het Verzekeringscomité wijzigingen voorstellen in de vorm van wijzigingsclausules.

De verwerping van een dergelijke wijzigingsclausule door het ziekenhuis en/of een van de residentiële structuren betekent de opzegging van deze overeenkomst.

#### **Opzeggingsvoorwaarden van de overeenkomst**

#### **Artikel 16**

Deze overeenkomst kan op elk moment door een van beide partijen worden opgezegd, op voorwaarde dat er een bij de post aangetekende brief aan de andere partij wordt bezorgd en op voorwaarde dat er een opzegging van 6 maanden wordt gegeven die op zijn vroegst van start gaat vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de verzendingsdatum van de aangetekende brief.